

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

19806

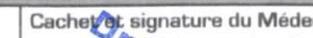
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12936</b>		Société : <b>R.A.M</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>LAAMOURI MAROUANE</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0661968974</b>		Total des frais engagés :	
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Dr Siham NAJID Ophtamologue Angle Bd Al Qods el Bd Abou Bakr El Kadir, Rés Nada 4, 3ème Etg, Bâtiment Rond Point Al Mostakbal, Casablanca Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 Lac marrakech - Casablanca affection Oculaire		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<b>17/01/2017</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Lac marrakech - Casablanca</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>affection Oculaire</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/01/24	Certificat		400 m	 Dr. Nabil NAJID
				 Dr. Nabil NAJID

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
SABAH EL KHENI Sabah KHA Pharmacienne Sabrine, Rte Sidi Maatouf 0522 91 17 05	17/11/24	199 75

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

**VOLET ADHERENT**

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophthalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

17 janvier 2024

**Enf. LAAMOURI Mehdi**

**OPATANOL: collyre cl**

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux

**HYE collyre**

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 2 Mois



109,70  
NARMACIE SABAH EL KHÉB  
Sabah KHACHAB  
Pharmacienne  
20, Lot. Sabrine, Rte Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél : 0522 97 42 23

**Dr Siham NAJID**  
Ophthalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés. Nedaa Séme Étg en Face  
Rond Point Al Moustaqbal, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 78 07