

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22- 0041846

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8350 Société : R.A.M 193943  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : RAIIZZO LAHCEN  
 Date de naissance : 01-01-1966  
 Adresse : SIDI MAA Roudani 80000 CASABLANCA  
 Tél. : 064 062 290 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Bouchaib NACHAT**  
Ophtalmologiste  
Résidence Fatch 1, Imme 12 N° 2  
Hay Mly Abdellah Bd. Al Qods  
Aïn Chock - Casablanca  
Tél. : 05 22 21 25 15 - 05 22 21 98 88 06

Date de consultation : 03/01/2014  
 Nom et prénom du malade : RAIIZZO LAHCEN Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Visus  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 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
03/01/2024	03	300DH		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMACIE D'ASSISE Docteur O. MAALOUF</i>	<i>03/01/24</i>	<i>218,00</i>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr. NACHAT Bouchaib

## OPHTALMOLOGISTE

## Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

## **Ex - Ophtalmologue au CHU Ibn Rochd**

## 20 Aôut Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
  - Explorations Oculaires
  - Lasers - Lasik
  - Urgences Ophtalmologiques



الدكتور بوشعيب نشاط

الخصائص في أمراض و جراحة العيون

طبيب سانية، بالمستشفى الجامعي اين رشد

20 غشت بالبيضاء

- عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- ## - جراحة العين : الكبار و الصغار

- #### - التصوير الرقمي لشبكة العين

- ## ٤- المعالة باللizer - تصحيح النظر

- ## - المستعجلات

## ORDONNANCE

03/01/2024 Casablanca le : .....

KHIZZOU Lahcen

- Hye COLLYRE

S.V

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 mois



شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء  
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Ain Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com