

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7157 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LEBABI Bouchaib A 95822

Date de naissance : 14/10/1967

Adresse : Mutuelle

Tél. : 062776500 Total des frais engagés : 339,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Malika BOUKSIM  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd Oum Rabii Rés. Al Firdaus  
imme L30, Etage 1, Quatre Casablanca  
61-05-22 01-41-11  
grage Pour La Permis

Date de consultation : 13/01/2024 Nom et prénom du malade : LEBABI - Bouchaib Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Concili lunelles magistrale

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 : 71 FEV. 2024 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
13/01/2014	Ophtalmologie	1	20000	<p><b>Malika OPHTHALMOLOGISTE</b>  <b>80, Bld Oum Rabii Béz. Al Kirdache</b>  <b>imm L30, Etage 1, Outaï, Casablanca</b>  <b>Tél: 05 22 91 11 11</b>  <b>Agree Pour Le Permis</b></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
692110634 PHARMACIE D'ANNA 13/11/24. 89,- 092110634	13/11/24.	89,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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 tenu 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

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEL ATTESTANT LE REVUE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 13 janvier 2024

Mr LEBABI Bouchaib

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 83°)

OG = + 0.75 (- 0.75 à 97°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

89,00

ANGIODROP

S.V

1 gte x 4/j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

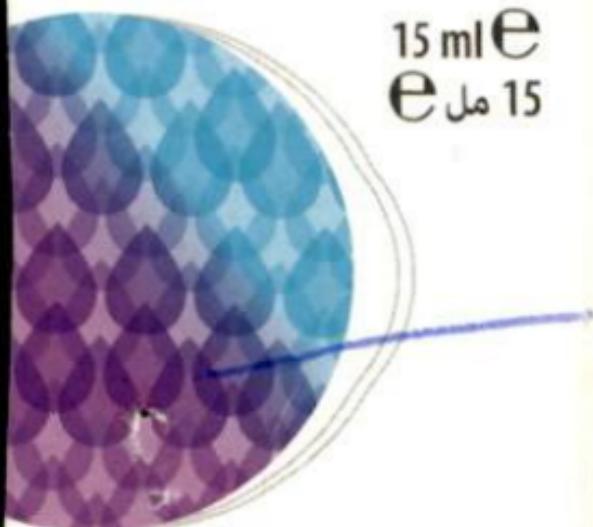
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

PHARMACIE D'AMNTH  
Oulfa - Casa - Tel: 05 22 90 14 35  
Dr. Malika BOUKSIM  
OPTICAL MOLOGISTE  
Oum Rabii Res. Al Firdaus  
Etagé 30, N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11  
Imm. L 30, 1er étage, N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11

# ANGIODROP®

انجيو دروب

15 ml e  
e مل 15



**Solution ophtalmique**  
**Ophthalmic solution**

محلول للعيون

## Indications :

Rougeur, sécheresse et fatigue oculaires, travail prolongé devant un écran, insuffisance de larmes, exposition au soleil, à un environnement enfumé ou déshydraté ou à de l'eau salée. Port prolongé de lentilles de contact. Sensation de corps étranger à l'excitation au ver

In  
Te  
ar  
p  
ir  
f

OPHTALMED  
PPC  
89.00 DHS

مسعى  
الشمس أو ملكان مليء بالدخان  
أو لبيئة جافة أو للماء المالح.  
الارتداء المطول للعدسات اللاصقة.  
الإحساس بجسم غريب في العين  
بعد التعرض للريح أو الغبار.

**DENSMORE**  
LABORATOIRE

DEPUIS 1946