

# 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.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## adie 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

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.

RAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011458

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1052

Société :

ROYAL-AIR-MAROCRetraitee Actif Pensionné(e) Autre :

Nom &amp; Prénom :

LAAMRI Rabia Date de naissance : 21.11.46

Adresse :

2. Rue Jafal M'goun

Tél. :

0662186126 Total des frais engagés : 300t 40,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/06/2019Nom et prénom du malade : LAAMRI Rabia Age : 73

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Affection Oculaire OPA

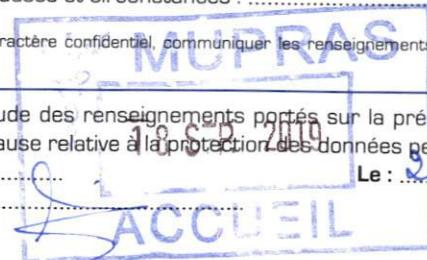
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : casabLe : 20/06/19

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
20/06/2019	U	/ 300,00		Docteur OPHELIE SOUAD BOUTERF 82, Rue Souad Bouterf - 05310 Sétif Tél: 05-22-05-05-53 - 05-22-05-47-81

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: center;">   <b>BAB LSSALAM</b>          SEKKAT Omar          Atas - C.1          0522.94.1524          0102118000087       </p>	20/06/19	40.40

#### **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	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la na

### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—————
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram showing a 3D grid with points labeled from 1 to 16. The grid is defined by three axes: D (horizontal, left-right), G (vertical, up-down), and H (depth, front-back). The points are arranged in a spiral pattern:

- Row 1 (H=1): Points 1, 2, 3, 4.
- Row 2 (H=2): Points 2, 1, 3, 4.
- Row 3 (H=3): Points 3, 4, 5, 6.
- Row 4 (H=4): Points 4, 5, 6, 7.
- Row 5 (H=5): Points 5, 6, 7, 8.
- Row 6 (H=6): Points 6, 7, 8, 9.
- Row 7 (H=7): Points 7, 8, 9, 10.
- Row 8 (H=8): Points 8, 9, 10, 11.
- Row 9 (H=9): Points 9, 10, 11, 12.
- Row 10 (H=10): Points 10, 11, 12, 13.
- Row 11 (H=11): Points 11, 12, 13, 14.
- Row 12 (H=12): Points 12, 13, 14, 15.
- Row 13 (H=13): Points 13, 14, 15, 16.
- Row 14 (H=14): Points 14, 15, 16, 1.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur CHELLY Chafik

## Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie  
Lentilles de Contact  
Angiographie rétinienne  
Soins au Laser (Argon - Yag)  
Chirurgie Réfractive

# الدكتور الشلي شفيق

## أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض العيون  
عدسات النظر  
فحص الشبكة بالأشعة  
علاج بالليزر  
جراحة قصر النظر

20 juin 2019

Madame LAAMRI Rabia

Lot n° :  
Fab :  
EXP :

PHARMACIE BAB ESSALAM  
Mr SEKKAT Omar  
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.  
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14  
(CE 001082118000087)

- EXOCINE 0.3% COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 8 jours



Docteur CHELLY Chafik  
Ophthalmologue  
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tel: 05 22 25 10 55 - 05 22 25 83 70  
05 22 25 10 55 - 05 22 25 83 70