

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>10308</u> Société : <u>R.A.F</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Bougaddou Fatima</u>			
Date de naissance : <u>06/10/1969</u>			
Adresse : <u>1st, Affidous App 7 Ctege 2 ZHB8</u>			
Tél. : <u>06284676567</u> Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. Lamyat BOUARHABE Ophtalmologiste 421, Bd Abdeir Hammouda Etage 12 Casablanca Tel. 052 265 42 29			
Date de consultation : <u>17/07/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Bougaddou fatima</u> Age : <u></u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>maladie de la peau / PAR</u>			
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'adjudicataire de la Mutuelle.			
Fait à : <u>18 SEP. 2019</u> Le : <u>17/09/2019</u>			
Signature de l'adhérent(e) : <u>[Signature]</u>			

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

Fait à : Almoujib/Ram Le : 17/09/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**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 canalaire, ainsi que le bilan d

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
			MONTANTS DES SOINS _____
			DEBUT D'EXÉCUTION _____
			FIN D'EXÉCUTION _____
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
$  \begin{array}{c c}  H & 21433552 \\  \hline  25533412 & 00000000 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553  \end{array}  $			MONTANTS DES SOINS _____
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS _____
			DATE DE L'EXÉCUTION _____

**VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie  
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بير ماري كوري بباريس

طبية داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste  
421, Bd Abdelloumen, Résidence Ryad  
N° 12 Casablanca - Tél. 0522 86 54 29

17/10/2019

Consultation Gratuite

GRATUIT

Dr. Lamyae BOURHALEB  
Ophtalmologiste  
421, Bd Abdelloumen, Résidence Ryad  
N° 12 Casablanca - Tél. 0522 86 54 29

دكتورة

لمياء بورحالب

Dr. Lamyae BOURHALEB

présente une astigmatisme OS  
Corréction OS = -9,25 (-1,50 D)

associé à un myose dérèglement  
associé à une polyarthrite  
rhumatoïde sans entroध्वंग

421, Bd. Abdelloumen, Résidence Ryad Abdelloumen,  
Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb\_lamyae@menara.ma

421 شارع عبد المؤمن، إقامة رياض عبد المؤمن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

06 21 44 56 75 مستعجلات :

et Methylprednisolone  
relente au <sup>10 mg</sup> ~~équivalent~~ sur  
lentilles ~~septembre~~ 06-

Ce certificat est délivré à  
M. DERRIDA pour son émission  
d'une carte de visite

Dr. Lanyae BOURHALEB  
Ophthalmologiste  
421, Bd Abd el Kader, Tunis 2<sup>e</sup> Etage  
N° 12 Casablanca - Tel : 86.54.29

**Dr.Lamyae BOURHALEB**

Ophtalmologiste

Maladie et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie  
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris  
Ex interne du CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 17/07/2019

**FACTURE N°19/2019**

**NOM DU PATIENT :** BOUGADDOU FATIMA

**ACTE** : CONSULTATION + ADAPTATION LENTILLES SCLERALE

**MONTANT** : 1000 DH (MILLE DIRHAMS)

**CACHET & SIGNATURE**

Dr. Lamyae BOURHALEB  
Ophthalmologiste  
421, Bd Abdenoumen, Résidence Ryad Abdenoumen, ESC B, 3ème étage, n°12  
N° 12 Casablanca - Maroc - Tel: 0522 86 54 29