

# 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.

**MUPRAS** : 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

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4583 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MIFTAHI MOHAMMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : .....

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : X Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

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

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-029523

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte prescrit et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
 DROITE HAUT BAS GAUCHE					<b>Coefficient des travaux</b>
					<b>Montant des soins</b>
					<b>Début d'exécution</b>
					<b>Fin d'exécution</b>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
 DROITE HAUT BAS GAUCHE		D	H		<b>Montant des soins</b>
		25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G	<b>Date du devis</b>
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Fin d'exécution</b>
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		<b>Mme 4583</b>	
Nom & Prénom <i>MIFTAHI HANANE</i>		Fonction <i>Retraite</i>   Phones <i>0648207500</i>	
Mail		MEDECIN   Prénom du patient <i>MIFTAHI HANANE</i>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <i>75 ANS</i>		Date <i>30/9/19</i>	
Nature de la maladie <i>glaucome devois</i>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <i>Me</i>			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>Or</i>		<i>1</i>	<i>20000</i>
PHARMACIE		Date <i>24/09/19</i>	
Montant de la facture		<i>1018,40</i>	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date <i>01 OCT. 2019</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

# Docteur KILANI Mustapha

Spécialiste diplômé de la faculté  
de Médecine de Toulouse  
Maladies & Chirurgie des yeux  
Laser - Angiographie

الدكتور كيلاني مصطفى

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Casablanca le : 24 SEPT 2019 الدار البيضاء في:

MIFTAHI MOHAMED

230,00 x 3

Pumigan x N° 3

PHARMACIE IBN EL MOATAZ  
DR BEN KIRANE HANANE  
JAMILA V RUE 143 N° 58  
CASABLANCA 022 55 53 00



1 goutte à 8h

164,00 x 2

Cosopt x N° 2



1 goutte à 9h

TT 1018,40

taisement de 2 Nois

1 goutte à 21h

DR KILANI MUSTAPHA  
CITÉ DJAMAÏA LOGIQUE  
26 M'RBDIA GUEDIRA  
EL NIJLIITE DUJEMAA  
TÉL: 0522 573615

20. شارع رضي كبيرة (التل سابق) قرية الجماعة - بن مسيك سيدى عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 57 36 15  
20.Av. REDA GUEDIRA (Ex.NIL)Cité Djamaa - Ben M'sik Sidi Othmane - Casablanca - Tél : 05 22 57 36 15

LUMIGAN®



PPV: 230DH00

0.3 mg/ml

Bimatoprost

LUMIGAN®

PPV: 230DH00

0.3 mg/ml

Bimatoprost

PPV: 230DH00

0.3 mg/ml

Bimatoprost

LOT R027278 1  
EXP 06 2020  
PPV 164.20 DH

LOT S002592 2  
EXP 10 2020  
PPV 164.20 DH