

# 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 à caractère personnel.

## Déclaration de Maladie

N° W19-486733



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7944	Société : RAM MO : 31722		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN RBIT AHMED			
Date de naissance : 1963			
Adresse : RUE 3 VILLE ALAINOUN CASA			
Tél. : 0661696683 Total des frais engagés : 1925, 90 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/01/2020			
Nom et prénom du malade : BEN RBIT AHMED			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : connective			
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 : Casablanca Le : 25 JUN 2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/2020	125,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
QUE MILLE POUR CENT APPLICATIF OPTOMETRISIE	13/03/20					1500,00

## 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

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. M<sup>me</sup>ka BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللaser .....

Casa le :-----

02 Janvier 2020

Mr. BENRBIA Ahmed

26, م

1/ TOBREX: COLLYRE

pp. 1

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 8 jours

ISOPHARM  
OcuYal  
79.50 DH

2/ OCUYAL GEL

1 GTT 4 FOIS / JOUR, les deux yeux, 1

26, 2

DR BOUKSIM M.  
OPHTHALMOLOGISTE

PHARMACIE SARA  
140 Lot S.Mirraida L1  
Casablanca  
Tel/Fax: 05 22 22 20 14



Soyez prudent  
Ne pas conduire  
sans avoir bu la  
medication

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوعصيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر.....

Casa le :-----

02 Janvier 2020

Mr. BENRBIA Ahmed

Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 2.50

OG = + 2.50

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N°

0104322

Date : 13/03/20

Mr : BENRBIA Ahmed  
Docteur : Malika BOUKSIM

Type des Verres : VP: verre minéral anti-reflets

Monture : Plastique optique 600,00

\* Vision de Loin : Prés

OD Axe ..... Cyl ..... Sph +2,50 450,00

OG Axe ..... Cyl ..... Sph +2,50 450,00

\* Vision de Près :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph

OG Axe ..... Cyl ..... Sph

Add : ..... Montant : ..... 1500,00

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : Mille cinq  
cents dinars

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE