

## 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.

N° W19-424191  
33236

|   |  |   |                                 |
|---|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie                | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                  |  |   |                                 |
| Matricule :                                     | 0715   | Société :                                   | RAM.                            |
| <input type="checkbox"/> Actif                  | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            | BENCHEKRONE Mohamed             |
| Nom & Prénom :                                  |  |   |                                 |
| Date de naissance :                             |  |   |                                 |
| Adresse :                                       |  |   |                                 |
| Tél. : 0671543864 Total des frais engagés : DHS |  |   |                                 |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin   |                                   |
| Cachet du médecin :  |                                   |
| DR. BOUKSIMI SIDI MOHAMED BEN HABIBES ALI BEN YOUSSEF  |                                   |
| Date de consultation :   | 31/12/2019                        |
| Nom et prénom du malade :  |                                   |
| BENALI   |                                   |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| Comptoir   |                                   |
| <input type="checkbox"/> Adulte  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfant  |                                   |
| Nature de la maladie :   |                                   |
| cancer   |                                   |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :   |                                   |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements pluri-médicaux 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 :   | Ouarzazate                        |
| Signature de l'adhérent(e) :   |                                   |
| Le : 20 juillet 2020   |                                   |

| 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 |
| 31                             |                   |                       | 3000 Dh                         | INP : 09 M 63716<br>Dr. EL JEDIDI M.D. A Firda                 |
| 12                             | S                 |                       |                                 |  |
| 2019                           |                   |                       |                                 |  |

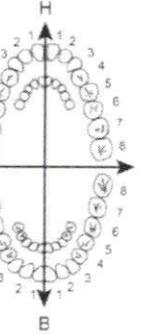
| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                             |                        |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |  |                  |   |
|--|--|--|------------------|---|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |  |  |                  |   |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |  |                  |   |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                          |  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                                 |
|  |  |  |                  | INP : <input type="text"/>                  |
|  |  |  |                  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  |  |  |                  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>     |
|  |  |  |                  | DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>      |
|  |  |  |                  | FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>        |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÈSES DENTAIRES</b><br>          |  | <b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="text-align: center;">           H<br/>           25533412   21433552<br/>           00000000   00000000<br/>           D —————— G<br/>           00000000   00000000<br/>           35533411   11433553<br/>           B         </div> |                  |   |
|  |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |                  |   |
|  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  |                  |   |
|  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>   |                  |   |
|  |  | DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>   |                  |   |

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux**  
Laser - Angiographie

Contactologie  
Strabologie

Casa le :

07 Février 2020



Mme 00715

**Mme BENALI Najat**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets**

**VL :**

**OD = - 3.25 (- 1.25 à 20°)**

**OG = - 3.75**

**VP :**

**ODG = Add : + 2.00**

**AL FIRDAOUS OPTIQUE**  
2024 Abdelloumene RDC N°5  
Casablanca  
GSM : 06 43724173

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

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

**الدكتورة بوكسيم مليكة  
طب العيون  
دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
الختصاصية في أمراض وجراحة العين  
الليزر.....**