

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 049991

Optique  Autres

40787

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1096

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEHRiou-Abdenbi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0601049754

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :  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 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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué 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
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412 00000000	21433552 00000000
		D	00000000	00000000
		G	35533411	11433553
<small>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</small>				
<small>Vue générale du praticien Trajet de l'acte au patient Trajet d'exécution</small>				

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-340395	
Date de Dépot	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>		



W18-340395

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

Nom & Prénom .....

Fonction : ..... Phones : .....

Mail : .....

MEDECIN

Prénom du patient

Zerrou Abdennabi

Date 23/06/2020

Date 1ère visite

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....

Nature de la maladie

Glaucome chronique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS	01	300

PHARMACIE	Date	DR. SANT BLONDIN
	25.06.2020	Dr. LALI KOURAA Pharm. Tiel, 248 Bis C.R.E. Mansouria Ben Slimane - Tel: 0537 23 30 30 18 Mohammed - 0537 04 - Patient N° 39941500 0537 136751 00029

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

LOT/EXP.:  
CW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00



## Pr. Abdelouahed KARIM

Professeur d'ophtalmologie

+212 661 406 668

-Membre de la Société Européenne d'Ophtalmologie.

-Membre de la Société Française d'Ophtalmologie.

-Spécialiste en Essais Cliniques et Recherche Thérapeutiques, Lyon.

## Spécialiste en Ophtalmologie, Oculoplastique et en Chirurgie réfractive

- Attestation formation spécialisée Apporofondie en Oculoplastique et oncologie , Paris.
- Diplômé en chirurgie réfractive, Phacoémulsification, Paris.
- Diplômé en oculoplastique et techniques Injections de toxine botulique et de produits de comblement
- Diplôme en Oncologie Oculaire, Paris - Besançon

25 juin 2020

Mr. ZERROU Abdenbi

124,00 x 2

### 1/ XALATAN COLLYRE



1 goutte par jour le soir à 21h

### 2/ AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour

### 3/ HYLOGEL

1 application 2 à 4 fois par jour

Traitemennt pendant : 3 Mois , dans les deux yeux

234,50  
PHARMACIE PONT BLONDIN  
Dr. LAÏK KOUBA  
Plage Tiel, 248 Sidi El Mansouria  
Ben Slimane 5704, Rabat, Tél. 05 30 30 18  
Fax: 05 39 94 15 00  
Mobile: 05 60 11 13 22

Pr. Abdelouahed KARIM  
Professeur d'Ophtalmologie  
Chirurgie et Maladies des yeux  
Chirurgie Réfractive  
281, Av. Mohammed V, App. N° 21/22  
Rabat - Tél.: 05 37 26 26 31 / 06 51 40 66 86