

## 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.

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 04444

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : JABER Abderrahim

Date de naissance : 30/12/1960

Adresse : ZARARA 1 RUE 13 N° 81 CASABLANCA

Tél. : 0661946601

Total des frais engagés

399,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 JUL. 2020

Nom et prénom du malade : JABER Abderrahim

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : A Affection cardiaque

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 : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

28 SEP. 2020

ECUEIL

## Déclaration de Maladie

N° W19-543483

par  
couini

ND: 41865

Optique

Autres

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
14 JUIL. 2020	S + Ks		250 DH 10500 DT	INP : 091765893 Dr. Hind Kharbouche, Oculiste 22 Mars Et Bd. 20 Mars Maid Imm. Y.N. 10 61

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MOUHSSINE</b> MOUHSSINE Leila 83A, AV. 2 Mars, Prolongée Inarar Tel : 05 22 21 04 78	<b>14/7/20</b>	<b>49,50</b>

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

د. هند خربوش جندي

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة المجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معاجنة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللازر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة



Steripharma  
PPV:22,00 dh



Cabinet  
**Ophthalmologie**



Cabinet  
**Ophthalmologie**

12500686-02

## Ordonnance

14 juillet 2020  
Casablanca le :

Mr. JABER ABDERRAHIM

27,50

ICIN 0.3%: Collyre

PHARMACIE MOUHSSINE

MOUHSSINE Leila

834, Av. 2 Mars Prolongée Inara I

Casablanca - Tél.: 05 22 21 09 76

22,00 2 gouttes 3 fois / jour, dans l'œil gauche, pendant 6 jours

SICCAPROTECT : COLLYRE

1goutte 3 fois par jour pendant 1mois les deux yeux.

49,50

Dr. Hind Kharbouch Joundy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. Y, N°1  
Tél. 0522 52 10 61

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عماره I ، الرقم 1 ، عين الشق - الدار البيضاء

Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Resdience Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca

INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr\_kharbouch@hotmail.com