

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## tique :

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 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 048860

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04452

Société : 49619

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Lmineoui Fouad

Date de naissance : 07-06-1959

Adresse : Ben Slimane BP 150

Tél. : 06 61 43 00 65 Total des frais engagés : 409,92 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur ADDA Abderrahim  
OPHTALMOLOGISTE  
584, EL Hassania 1, EL Alla  
Tél 05 23 28 45 39/Fax 05 23 28 13 65  
Mohammedia

Date de consultation : 06 Octo 2020

Nom et prénom du malade : AMRANE RACHIDA

Age: 1962

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affect du sein

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 : Ben Slimane

Le : 06/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
16/09/2020	CS		230000	Docteur ABDELAZIZ O P H T A M OLOGISTE 584, EL Hassan tel 05 23 28 46 39 Fax 05 23 28 46 39 Mohammedia

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr Ach HABIBI En pharmacie Balla Mercjem 2 bloc B Rue d'Ummata - Tel: 31323502	06-10-2020	159,20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
-----	-----

### **[Création, remont, adjonction]**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;"></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">21433552</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000		B	D	35533411	11433553	<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p>
H		G															
25533412	21433552																
00000000	00000000																
00000000		B															
D	35533411	11433553															

Dr ADDA abderrahim  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des Yeux et Annexes  
Contactologie

Diplomé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux II  
de Cluj Napoca  
(Ex. attaché des Services  
d'Ophtalmologie de Bordeaux II)  
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم  
إختصاصي في أمراض وجراحة  
العيون  
والعدسات اللاصقة  
خريج كلية الطب ببردو II  
و كلوج نابوكا  
ملحق سابقاً بمستشفيات بردو  
(بالموعد)

Mohammedia le: ..... 06 Octo. 2020

Mme AMPANI RACHIDA

29,40 - Chibrocadron w  
1stle 4xj →  
68,00 - Diclofed w  
1stle 4xj →  
41,00 - Gel - flacon  
1app 3-4 aj →  
20,80 - Frakidex pd  
1app extens 6 gels →  
159,20



DICLODED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41,00 DH

FRAKIDEX  
Pom. Ophtha. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

Docteur ADDA Abderrahim  
OPHTALMOLOGISTE  
584, EL Hassania 1, EL Alia  
Tél 05 23 28 45 39/Fax 05 23 28 13 65  
Mohammedia