

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-559037

49965

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12308

Société :

RAMT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KSKES Abderrachman

Date de naissance :

24/09/83

Adresse :

Pravil 18 Anct lekbia Apt 15 S<sup>e</sup> Etage/ Dan Yasmine

Tél. :

0861294287

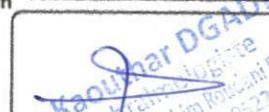
Total des frais engagés :

336,10#

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/10/2020

Nom et prénom du malade :

KSKES NYA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection osulaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Projection

musculo-squelettique

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) :

/ /

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/11/19	C		200,00 DT	INP : 6811181862 Dr. Kaouthar DGADEG Onptre. négocie Béz Palmier Bd. Graham Houliani Entrée B Sous Palme Appart. 3 - Tel. 0522 98 88 55

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/19	76,10

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

#### Important :

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	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 26533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. Kaouthar DGADEG

## **Spécialiste en Maladies Chirurgie des yeux de l'Adulte et de l'Enfant**

- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
  - Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification
    - Strabisme • Glaucome • Laser
    - Angiographie • OCT



**BLANKA VISION**  
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة كوثر الدكادش  
اختصاصية فـ، أمراض وجراحة

Corneregel Gel ophta 10g

زنیث فارما  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPV: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Correspondence, le 02/01/2020

KSIKES AYA

76115

1) - Conecogl

A'S

1 espace x 3 / dans les deux  
yeux pendant 37 s.

**Dr. Kaouther DGADEG**  
Ophtalmologiste  
Rés. Palmer Rd. Drakir Rouiani Entrée  
1<sup>er</sup> Etage, Appt. 3 Tel : 0522 98 88  
Casablanca

إقامة النخيل - 285، شارع إبراهيم الرو丹ي - مدخل B9 - الطابق 1، شقة 3 - الدار البيضاء  
Rés. Palmier - 285, Bd. Brahim Roudani - Entrée B9 - Etage 1, Appt 3 - Casablanca  
الهاتف : Tél : 0522 988 866 - البريد الإلكتروني : Email : blankavision@gmail.com