

## 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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>08652</b> Société : <b>R.AM</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MAAROUFI MUSTAPHA</b>			
Date de naissance : <b>10/01/1970</b>			
Adresse : <b>122 14 Rue ABOU DAR EL GHAFAR</b>			
Tél. : <b>0670 56 2056</b> Total des frais engagés : <b>2 072 30</b> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>29 AOUT 2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>Naessens Salma</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Arthrose pied + affection ongulaire</b>			
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 Yakkha, 0670** Signature de l'adhérent(e) : **Rue Ghoul Soltane, Tel: 0522 32 48 47**

Le : **29 AOUT 2022**

VOI ET ADHERENT

## 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
29 AVR 2022	52		300 '00	INP: 0610007731 Dr. Soumaya CHERIF ASSAM OP: 0610007731 STE Rue Okba Ben Nafaa, Berrechid 052 48 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/8/22	273300hs

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	31/08/99	1500	1750

## AUXILIAIRES MEDICAUX

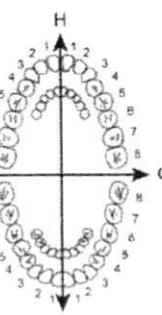
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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"/>								
												
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE						COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
		<b>H</b> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> <b>B</b> <input type="text"/>							25533412	21433552	00000000	00000000
25533412	21433552											
00000000	00000000											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										



Berrechid, le 29/08/2022

Mme MAAROUFI Salma

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

OD = Plan (- 0,25 à 175°)

OG = Plan



1/ ZALERG

1 Goutte 2 fois/jour (1 flacon), les deux yeux

2/ BROPDEX

1 goutte 4 fois/jr pdt 15 jours, les deux yeux

3/ AQUALARM UD

1 goutte 3 fois/jr, les deux yeux

OPTIQUE CHARIFA  
Opticien Optométriste  
123 RUE ABI MANSOUR ALABI  
HAY DAKHLA CASABLANCA  
Tel. 06.61.76.66.44



Soumaya CHEBHI HASSANI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii, Berrechid  
Tel: 0522 32 48 47

# OPTIQUE CHARIFA

OPTICIEN SPÉCIALISTE

123 Rue Abi Mansour Taalabi  
Hay Dakhla Casablanca

Tél : 0661 76 66 44



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

123 زنقة أبي منصور التعلبي هي

الداخلة الدار البيضاء

الهاتف. 0661 76 66 44

FACTURE N° 0 0 20 25

N° de nomenclature : ..... 403

Correspondant à la prescription : ..... 47 18

LOIN	OD : 1175 - 0.61	PRES	OD : ..... OG : ..... OG : ..... OG : .....
------	------------------	------	--

## FOURNITURE

1 Montures : OPTUV 00s .....  
.....  
.....

800 .....  
.....

2 Verres : 001/1A AA .....  
.....  
.....

400 .....  
.....

Total : .....  
.....  
.....

300 .....  
.....

Arrêtée la présente facture à la somme de : .....

Casablanca le : 31/08/2022

Mr (Mme) : .....

MAROUFI SALMA

OPTIQUE CHARIFA  
Opticien Optométriste  
123 RUE ABI MANSOUR TAALABI  
HAY DAKHLA CASABLANCA  
Tél. 06.61.76.66.44

JAMAL BENDAHER