

# 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.



138248

Déclaration de Maladie : N° P19- 0003942

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4721 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAHJOURI HASSAN Date de naissance : 1/1/1951  
Adresse : 15 Bloc BAZIL N°46 HAY MOHAMMAD  
Tél : 06 14 18 45 47 Total des frais engagés : 30022,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BELGHITI Mohamed  
OPHTALMOLOGISTE  
46, Smara Bd Ali Yata H.M  
CASABLANCA - Tél: 0522 62 18 60

Date de consultation : 14 NOV 2022

Nom et prénom du malade : MAHJOURI HASSAN Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : CASA Le : 21/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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



# RELEVÉ 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 NOV 2022		1	200	Dr BELGHITH MONSIEUR OPHTALMOLOGISTE 45, Smaïr Ba Ali Yata H.M. CASABLANCA - Tél: 0522 62 18 60


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.11.22	2260

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

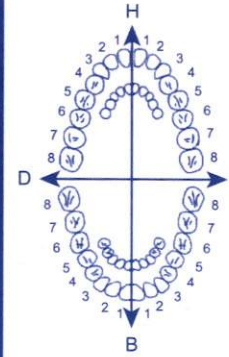
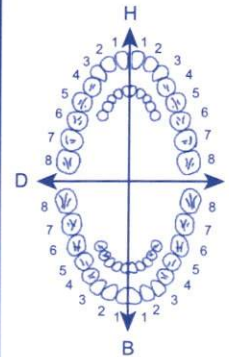
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16/11/2022					280000

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
			DATE DU DEVIS <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. Belghiti Mohammed



Maladies et Chirurgies des Yeux

Lentilles de Contact

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Ancien Assistant à la Faculté de Marseille

Médecin Agréé pour Permis de Conduire

46, Smara, Bd. Ali Yata - H. Mohammadi  
(en face Agence CNSS)

En face de la station tramway, Dar Lamane

Casablanca - Tél.: 05.22.62.18.60

الدكتور بلغيتي محمد

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

العدسات اللاصقة

عضو بالجامعة الفرنسية لأمراض العيون  
ملحق سابقا بمستشفى أمراض العيون بمرسيليا

طبيب مرخص لرخصة السياقة

46. سمارة. شارع علي يعثي - الحى المحمدي

(مقابل وكالة الضمان الاجتماعي)

مقابل محطة طرامواي دار الامان - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.62.18.60

4 NOV 2022

Casablanca, le

بيضاء. في

MAHJoubi HASAN



Sept 2 g  
non prescriptif AM

✓  
og: +1.50 (90° - 1-)  
ov: +1.50

W

add

Optic  
Hay Takadoum Rue 2 N° 18  
Hay Mohammadi Casablanca  
Tél : 05 22 60 40 88



22,60

Flucon



2m x 3

Dr BELGHITI  
OPHTALMOLOGUE  
46, Smara, Bd. Ali Yata  
CASABLANCA - Tél: 05 22 62 18 60

# You See Optic

Youssef  
EL ANDALOUSSI BENBRAHIM  
Opticien Optométriste

INPE 095006573

Facture

N°087/2022 Le 16-11-2022

Mr Hassan MAHJOUBI

Qté	Désignation	Prix
1	Monture optique	500
	Verres Progressif	
	Organique 1.5AR	
1	OD +1,50(90°-1,00)	1150
1	OG +1,50	1150
	ADD +3,00	
NAP		2800

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Deux mille huit cent dhs

**You see Optic**  
Hay Takadoun Rue 2 N° 18  
Hay Mohammadi Casablanca  
Tél : 05 22 60 40 88

Av chouhadaa Derb takadoun rue 2 N°18 H-M casablanca  
mail you.see.optic@gmail.com  
tél 0522604088