

## 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.

N° W21-679588

142 256

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) 1975 Société :

**Actif**       **Pensionné(e)**       **Autre** :

Nom & Prénom : BENTALEB NISRINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066 1 16 12 38 Total des frais engagés : #2900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr Fatima RHERRAS  
OPHTALMOLOGISTE  
Hôpital Mly Youssef

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Date de consultation : 20/10/22

Nom et prénom du malade : BENTALEB NISRINE Age : 44

Lien de parenté :  **Lui-même**       **Sonjoint**       **Enfant**

Nature de la maladie : prescription de lunette

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

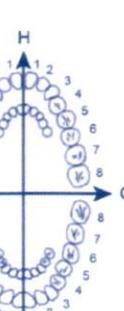
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le 20 / 10 / 22

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
K-one Optic Opticienne 12 Bis, Rue 50 Hay Mly Abdellah Ain Chock - Casablanca	25/12/2022				2900,00 dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">B</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	G			00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
	00000000	00000000																	
B	35533411	11433553																	
		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"/>																	



ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION MÉDICALE CASA-ANEA  
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL  
MOULAY YOUSSEF

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
السلوية الطبية للدار البيضاء - آسفي  
المركز الاستشفائي الإقليمي  
مولاي يوسف

## ORDONNANCE

Date : 20 / 10 / 22

Dr Fatima RHERRAS  
OPHTALMOLOGISTE  
Hôpital Mly Youssef

BENT A LEB NISRINE

OD : ( $\bar{a} 25 - 0,25$ ) + 0,25

OE : ( $\bar{a} 173 - 0,50$ )

verres + monture

K-one Optic  
Opticienne

102 Bis, Rue 5 Mai Mly Abdellah  
Ain Chock - Casablanca

Dr Fatima RHERRAS  
OPHTALMOLOGISTE  
Hôpital Mly Youssef



FACTURE: N° 0002547

Casablanca la:

26/12/2022

Mr (e):

BENTALER Nisrine

N° de Nomenclature:

457 / 457

Docteur:

Fatima DHERRAS

Monture:	Optique	70000
Verres:	Orzangaue AR	
Vision de lion:	Glasses Blenes	
OD	(20° - 0.20) + 0.26	11000
OG	(123° - 0.50)	11000
vision de pres :		
OD	K-one optic Opticien	
OG	102 Bis, Rue 50 Hay My Abdellah Ain Chock - Casablanca	
ADD:		TOTAL 29000

Arrêtée la présente la facture à la somme de :

Quatre mille cent Dennis