

## 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.

Nº W21-786512

159219

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

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 6462 Société : RAN

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

Nom & Prénom : KHOUZAHI BOUCHRA

Date de naissance : 06/12/1961

Adresse : Rue Polo n° 66 Bd la Soane

Tél. : 0662153313 Total des frais engagés : 7600,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 FEV 2023

Nom et prénom du malade : KHOUZAHI BOUCHRA Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05/01/2023

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 : Casablanca 19 Le : 05/05/2023

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
6 FEV 2023	CS	300	100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA 100% DPHIAA	INP : 68140513533 

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		A M	P C	I M	
ILYA DE L'OPTIQUE ASMAE D'EQUA Opticienne Ophtalmétriste N° 26 El Waha B2 Bachkou Béja - Tél. 05 22 85 61 08	08/03/23				7300 DA Unisanté

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.																																	
<p>DENTAL ARCHES DIAGRAM</p>	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table></td></tr></tbody> </table>	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B																		
	H																																
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D	G																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
(Création, remont, adjonction)																																	
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	

 CCEFFICIENT DES TRAVAUX | || MONTANTS DES SOINS | |
| DATE DU DEVIS | |
| DATE DE L'EXECUTION | |

Dr. Bennani Mohammed Amine

Ophtalmologiste

Diplômé de l'institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

CASABLANCA



الدكتور بناني محمد أمين

أمراض وجراحة العيون

خريج معهد براكيير - برشلونة

Chirurgie de la myopie - Astigmatisme - Hypermétropie - Présbytie  
Cataracte - Glaucome - Rétine médicale - Ophtalmo-pédiatrie - Strabisme

Casablanca, le 16/02/23

Patient : Madame KHOUJAHI Bouchra

MONTURE / VERRES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS BLANCS

Oeil Droit : (100° -0,50) PLAN , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (90° -1,00) PLAN , Addition + 3,00



7, Rue Ibnou Babek, Racine par Bd. Massira El Khadra 20100 - Casablanca  
•Tél.: +(212) 522 362 000 /02 / mariophta@gmail.com - INPE : 0016 3421 50 000 40

IL Y A DE L'OPTIQUE

CASABLANCA: 08/03/2023

FACTURE:39

Mr/ Mme/Mlle: khoujahi bouchra

Vision de LOIN :

OD: CYL: -0.50 AXE : 100 SPH : plan

OG: CYL: -1.00 AXE : 90 SPH : plan

Vision de prés :

Add : +3.00

<u>Désignation</u>	<u>Prix</u>
--------------------	-------------

MONTURE : CERCLE 2300 DH

VERRE : ORGANIQUE PROGRESSIFS 5000 dh

Total(TTC) : 7300 dh

**Montant en lettre : SEPT MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

**Signature et cachet**

IL Y A DE L'OPTIQUE  
ASMAE JTEOUA  
Opticienne Optométriste  
Mag. N° 76 El Waha B2 Bachkou  
Casablanca - Tel: 0522856198

IL Y A DE L'OPTIQUE  
ASMAE JTEOUA  
Opticienne Optométriste  
Mag. N° 76 El Waha B2 Bachkou  
Casablanca - Tel: 0522856198

---

IL Y A DE L'OPTIQUE

Magasin 76 Lotissement AL Waha- Casablanca, TEL: 0522856198

ICE: 002180437000023, PATENTE: 34750228, IF: 34413404, RC: 428247, INPE: 105007983