

# 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6755**

Société : **160524**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EL ADDIL MUSTAPHA**

Date de naissance :

**01/01/1963**

Adresse :

**46 Rue Cheikh Msa EL AGNAYNE - Hay Parfa BERRECHID**

Tél. : **0656975810**

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

**03/05/03**

Nom et prénom du malade : **EL ADDIL MUSTAPHA** Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

**Elle**

Nature de la maladie :

**lente degeneration**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

**R ACCUEIL /**

#### **RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE DES TRAITS 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
03	05123	C	200.00	OTMANE Fatim F ALMOLOGIST Tel : 22252200 Email : docotmane@outlook.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Mme CHEDDADI Khadija</b> 12, Avenue Hassan II - Casablanca Tel: 05 22 27 53 11 Fax: 05 22 29 79 08 ICE: 001625764000079 <b>I.N.P.</b>	03/05/2003 2003	144,10

092067081

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

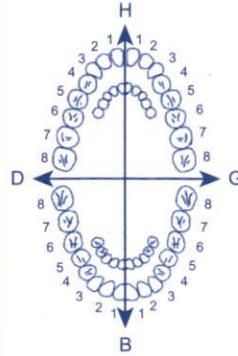
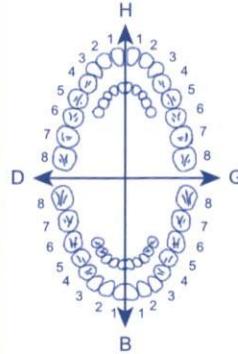
Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/05/93					3000,00

#### **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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000	B 35533411		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**FACTURE**

Date : 11/05/2023

**CLIENT: MUSTAPHA EL ADDIL**
**Numéro: 55425125**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE POWER	1	600.00
VD	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT GRIS 1.5 GREEN	1	1 200.00
VG	PROGRESSIF ADVANCE FREE LIGHT GRIS 1.5 GREEN	1	1 200.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
<u>Dr. FATIM EZOHRA BENOTMANE</u>			
LOIN : OD:+2.75(-2.50,85°) OG:+2.50(-1.75,85°)			
PRES: OD: OG:			
ADD : OD:+3.00 OG:+3.00			
<b>Total TTC:</b>			<b>3 000.00</b>
Taux TVA:			20%
Montant TVA			600.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE DIRHAMS



Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

03 mai 2023

Mr. EL ADDIL Mustapha

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 2.75 (- 2.50 à 85°)

OG = + 2.50 (- 1.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00



DR BENOTMANE Fatim Ezohra  
Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com



03 mai 2023

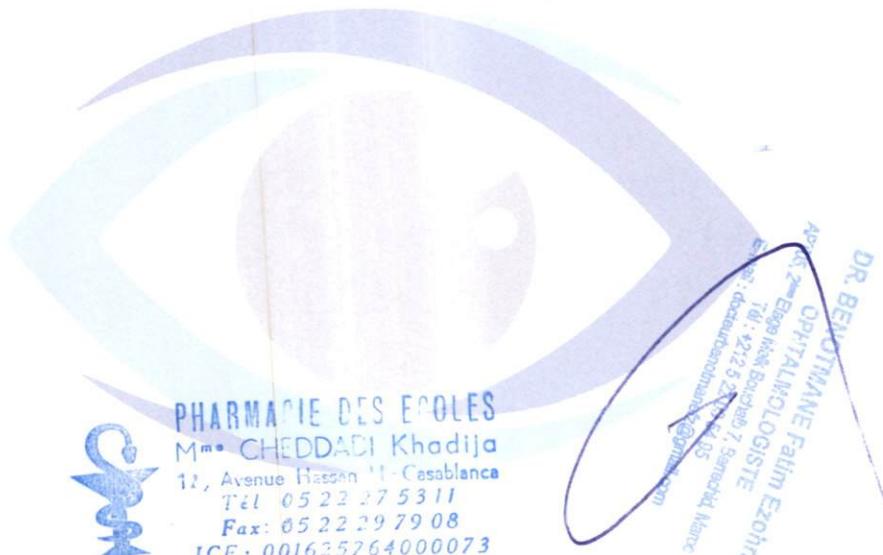
Mr. EL ADDIL Mustapha

144, 10

VISMED MULTI FLACON



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubir Ibbou  
El Attarine 26500 Casablanca



156

**P.P.C: 144.10**