

# 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 réeducations.
- 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 8 mois.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : **7929**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**LAMLIJI ABDELLAH**

**167750**

Date de naissance :

**1960**

Adresse :

**Mohammedia**

Tél. **0662 07 28 94**

Total des frais engagés : **2522 Dhs**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**15/06/2023**

Nom et prénom du malade :

**Lamliji Abdellah**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Affection ocul**

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 :

**Mohammedia**

Le : **15/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
15/06/2013	Consultation		300 DT	Dr. Amine BENSALHI Spécialiste en Ophtalmologie Av. Abderrahmane Sidi Mokhtar Résidence Rawya Monastir Tél 05 23 31 12 12 / 30

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 # 1005ANAS * 0922 073 520	16/06/23	22.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

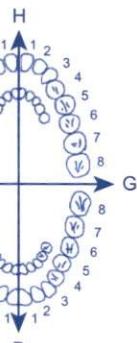
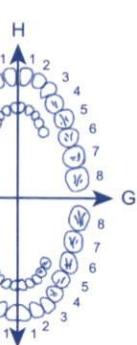
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIKA BELHADI N° 1 RDC Imm SAFY Abdelaziz Benchekroun Mohammedia Tél : 05 23 32 16 33	03/07/23					2200 DH

## 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 <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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

**Docteur Amine BENSEMLALI**

الدكتور أمين بن السملالي



## OPHTHALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Maladies et chirurgie de la rétine

Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA

Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS

اختصاصي في أمراض العيون

جراحة الجلاة بالليزر

أمراض و جراحة الشبكة

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى 15 / 20 بباريس

15 juin 2023

**Mr LAMLIJI Abderrahim**

26.0.

SICCAPROTECT collyre



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours



Dr. Amine BENSEMLALI  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Pr. Abderrahmane Serghini  
Résidence RAWIYA Mohammedia  
Tél : 05 23 31 12 12

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور  
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

شارع عبد الرحمن السرياني إقامة راوية رقم 4 الطابق الأول ( أمام محطة القطار ) - المحمدية

Av Abderrahmane Serghini Résidence RAWIYA 1er Etage N° 4 (en face de la gare ONCF)

Mohammedia Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dr.abensemlali@gmail.com



الدكتور أمين بن السملالي

# OPHTALMOLOGISTE

**Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification** اختصاصي في أمراض العيون

## **Maladies et chirurgie de la rétine**

#### Echographie, Laser, Angiographie, OCT, IVT

Diplômé de la faculté de médecine de CASABLANCA

**Ancien médecin de l'hôpital des Quinze-Vingts PARIS**

برهان الدين بطيئر

#### **الرسائل**

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طبیب سابق بمستشفی 20 / 15 بباریس

15 June 2023

15 juin 2023

**Mr LAMLIJI Abderrahim**

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

## Vision de loin :

OD = + 1.50 (- 3.75 à 85°)

$OG = +1.50 (-3.00 \text{ à } 82^\circ)$

#### Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

+ 2.75

**Dr. Amine BENSEMLALI**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Av. Abderrahmane Serghini  
Résidence Rawiya Mohammedia  
TAI : 06 23 31 12 4000

لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور

Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus.

شارع عبد الرحمن السرياني، اقامه راوية رقم 4 الطاية، الأول ( أمام محطة القطار ) - المحمدية

**Av Abderrahmane Serghini Résidence RAWIYA 1er Etage N° 4 (en face de la gare ONCF)**

Mohammedia Tél : 05 23 31 12 12 / 30 Urgence : 06 64 44 65 80 E-mail : dc.abensemplai@gmail.com

Ordonnance de M le Docteur : BEN SEM LALI Amine

N° du Nomenclature

Correspondant à la prescriptions

LOIN	O.D +1,50 (-3,75 à 85°)	PRES	O.D ) Add : +2,75
	O.G +1,50 (-3,00 à 82°)		O.G )

**FOURNITURE**

Montures : Plastique  
 Verres : Progressifs  
 anti-reflet

Monture	600 DH,
Verre OD	)
Verre OG	)
TOTAL	1600 DH, 2200 DH,

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Deux mille  
 deux cent dirhams

Mohammedia le :

M. ou Mme : LAMLIJI  
 Abderrahim

