

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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 W21-810883

168581

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	04586	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		RAHMAOUNI HASSAN	
Date de naissance :		01-07-1960	
Adresse :		Bloc 9 - n° 12 DEROUA	
Tél. :		Total des frais engagés : 29.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	17 JUIL. 2023
Nom et prénom du malade :	RAHMAOUNI FATHIMA ZAHRA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection Oculaire
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 : 17/07/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVE DES HONORAIRES ET PAIEMENTS				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
17 JUL 2013	Co		200.00	INP : 091096149 Dr MOHAMED MADI ALMOLOGISTE Casablanca - 06 81 52 82

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

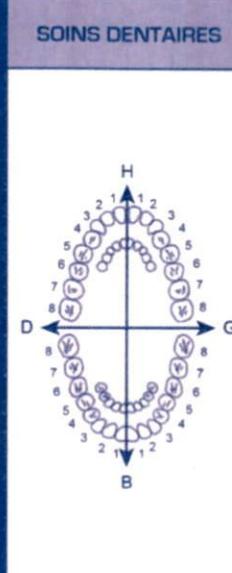
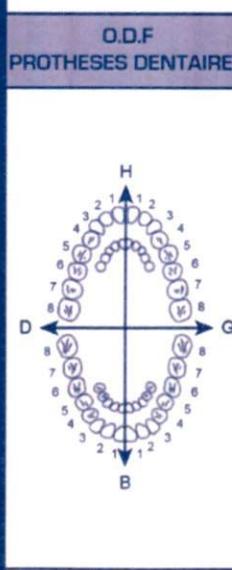
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
LHEND Abdelfettah Opticien Optométriste Rue 15 Sidi Aït Arouf Bab Dokkali Casablanca	11/12/2013					2600.

#### **BELEVE 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



Facture N° 0003003

Casablanca, le : 17.7.2023

Mr(e) : RABAH MOURNI FATIMA ZAHRA

N°de nomenclature : VL /VP

Docteur : MADI

1 Monture : PLASTIQUE 14.000

2 Verres : ORGANIC AR 16 GPT

VL OD: 160° - 021 - 325

VL OG: 15° - 021 - 325 14.000

VL OD:

VL OG:

Total : 26.000

Arrêtée la présente facture à la somme de :

26.000

LHEND Abdelfettah  
Opticien Optométriste  
170, Rue 15 Sidi Maârouf 3  
Aba chouaib Doukkali Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3 - Casablanca

RC. : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020

**Docteur Mofhammed MADI**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux  
Bouafi et My Youssef de Casablanca  
Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine  
Angiographie - Laser



الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض و جراحة العين  
خريج كلية الطب بالرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيب اخصاصي سابقا بمستشفيات  
بواقي و مولاي يوسف بالدار البيضاء  
جراحة اجلالة - حول العين - الشبكية  
خطيطي أوعية الشبكة - الليزر



I.C.E.: 001751624000054

Casablanca le 17 juillet 2023

**Mlle RAHMOUNI Fatima Zahra**

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = - 3.25 (- 0.75 à 160°)

OG = - 3.25 (- 0.75 à 15°)

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

