

# 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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10675

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN AISSA HIND

Date de naissance : 26/01/76

Adresse : Habib Bourguiba

Tél. : Total des frais engagés : 11000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél 05 22 26 06 06

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : BEN AISSA HIND Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

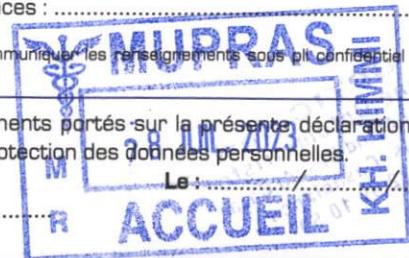
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant la Validité des Actes
01/06/2013	cst grattur			Dr. Dalila SIDI DRISSI Ophtalmologiste 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 22 86 06 06 INPE: 091033100

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/06/2013	100000000	
	20/06/2013	552000000	
	20/06/2013	100000000	
	20/06/2013	100000000	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

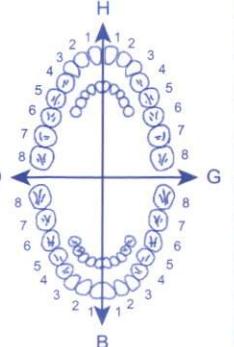
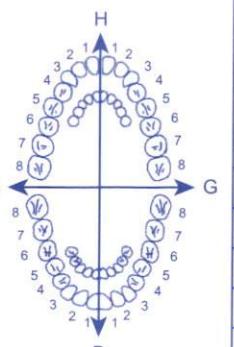
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
H & A OPTIC sarl Opticienne Optométriste Rue Ahmed El Akkad Res. Al Cazar N° 8 - Oasis Casablanca Tel. : 05 22 99 10 50	24/06/2013					8000,- Dr. Opticienne Optométriste Rue Ahmed El Akkad Res. Al Cazar N° 8 - Oasis Casablanca Tel. : 05 22 99 10 50

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux								
												
												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>												
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Coefficient des Travaux								
<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins								
				Date du devis								
				Date de l'exécution								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le .....

01/06/2023

Mme BENAISSE HIND

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 1.25 (- 0.50 à 65°)

OG = + 1.00 (- 0.25 à 100°)

VP : ODG = Add : + 1.50

EIP : 60 mm

H & A OPTIC sarl  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed El Akkad Rés. Al Cazar  
N° 8 - Oasis Casablanca  
Tél. : 05 22 99 10 50

Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84, Bd Mly Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص

# H & A OPTIC

Client: Mme BENAISSA HIND

N° Facture: FBH5732306241048

Date: 24/06/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	2500.00
VERRE OD Organique PROG AR: +1.25(-0.50 à 65°) / ADD: +1.50	1	2750.00
VERRE OG Organique PROG AR: +1.00(-0.25 à 100°) / ADD: +1.50	1	2750.00
HT		6666.67
TVA 20.00%		1333.33
TTC		8000.00

La présente facture est arrêtée à la somme: HUIT MILLE DIRHAMS

**H & A OPTIC sarl**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed El Akrad Rés. Al Cazar  
N° 8 - Oasis Casablanca  
Tél. : 05 22 99 10 50

ANGLE RUE EL AKRAD ET RUE MARTIN PÊCHEUR RÉSIDENCE ALCAZAR N°8 OASIS CASABLANCA

Tél:0522 99 10 50/ N°PATENTE:34796514 / N°IF:50320563 / N°RC:506837

ICE:002846348000055/ INPE: 095029450 / Email: haoptic2021@gmail.com