

# 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

- |                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <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.

M23-0029573

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	9878	Société :	1276709
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : QAÏSSI ALI			
Date de naissance : 07/06/1975			
Adresse : 16 Yame NE 1 RS AL MAMOUDI Apt 14 MAZOLA Casablanca			
Tél. :	0662837210	Total des frais engagés	435.2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :	23/09/2023	Age :	
Nom et prénom du malade :		QAÏSSI ALI	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		Cancer	
Affection longue durée ou chronique :		<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
23 09 2023	S		2100 DT	Maliha BOUKOUL OPTALMO DENTAL OUR RABII RES AL HADDOUD L39 Stage 1 - Oued Casablanca Agree Pour Le Permis

### 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
NOUVEAU OPTIQUE Opticienne Optométriste Tél: 05 22 93 99 00 - 06 03 55 69 16			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	23/09/2023					116.00 DT

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

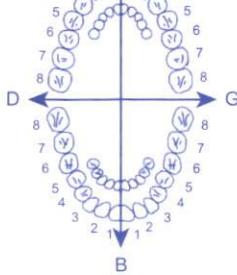
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوعسم مليكا**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : **23 Septembre 2023**

**Mr. QAISSI Ali**

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets**

**VL :**

**OD = (- 0.50 à 100°)**

**OG = (- 0.50 à 165°)**

**2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs**

**VP :**

**ODG = Add : + 1.25**

**PHYLARM**

SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir  
, les deux yeux

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oujda - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

# NOUVEAU OPTIQUE

Casablanca le : 23/09/2023

**Facture N° : 2023/0877**

**INPE**



095023834

BENEFICIAIRE:

**M. QAISSI Ali**

<b>Libellé</b>	<b>Qté</b>	<b>Montant (TTC)</b>
Verre VL : PROG 1.6 NIKON PRISION 1	2.00	4 000.00
Monture VL : Optique	1.00	600.00

<b>Correction</b>	<b>Sph</b>	<b>Cyl</b>	<b>Axe</b>	<b>Add</b>	<b>TOTAL HT</b>	<b>3 833.33</b>
OD	+1.25	-0.50	100°		<b>TVA (20%)</b>	<b>766.67</b>
OG	+1.25	+0.50	165°		<b>TOTAL TTC</b>	<b>4 600.00</b>

**La présente facture est arrêtée à la somme de :**

QUATRE MILLE SIX CENTS DH TTC

Oumaima BERTALI  
INPE: 095023834

NOUVEAU OPTIQUE  
Opticienne Optométriste  
Tel: 05 22 93 99 00 - 05 22 93 99 16

Payé : Espèce

**Fixe : 05 22 93 99 00**  
E-mail : nouveauoptique@gmail.com;  
Patente : 35000760 RC : 435921  
ICE : 002150806000004