

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

|                                |                                       |  |        |
|--------------------------------|---------------------------------------|--|--------|
| Matricule :                    | 10084                                 | Société :  | R.A.M  |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                 | 177467 |
| Nom & Prénom :                 |                                       | EL MIRE MOSTAPHA                                 |        |
| Date de naissance :            |                                       | 1955   |        |
| Adresse :                      |                                       | Postissement Hédi Path. N° 671                   |        |
| Tél. :                         | 06.27.49.36.64                        | Total des frais engagés : 300 + 80 + 2300,00 Dhs |        |

### Cadre réservé au Médecin

|  |                                   |                                   |                                 |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cachet du médecin :  |                                   |                                   |                                 |
| Date de consultation :   | 28/08/2013                        | Age :                             |                                 |
| Nom et prénom du malade :  | El Moura                          | 10/08/2013                        | Age :                           |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :   | Cataracte optique                 |                                   |                                 |
| Affection longue durée ou chronique :  | <input type="checkbox"/> ALD      | <input type="checkbox"/> ALC      | Réthologie :                    |
| En cas d'accident précisez 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                                 | ACCÈS                             | BUREAU                            | M 04 OCT 2013                   |
| J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la charte relative à la protection des données personnelles. |                                   |                                   |                                 |
| Fait à : Casablanca  | Le : 28/08/2013                   |                                   |                                 |
| Signature de l'adhérent(e) :   |                                   |                                   |                                 |



### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|
| 28/08/23 CS     |                   |                       | <p>Cachet et signature du Médecin des Honoraires<br/>DR. Rafaik Hayek<br/>Attestant l'exécution des Actes</p> <p>Vise et Cachet du Praticien Attestant l'Exécution des Actes<br/>DR. Rafaik Hayek<br/>Opticien Optométriste<br/>Bureau Linéa Terre d'Argent Casablanca<br/>Vise Bureau Linéa Terre d'Argent Casablanca</p> |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date           | Montant de la Facture |
|--|----------------|-----------------------|
|  | 12 8 Aout 2023 | 80.00.00              |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre         |        |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|----------------|--------|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM             | PC     | IM | IV |                                 |
|  | 21/09/23       | Kenss          | 4      |    |    |                                 |
| OPTIC FREE VISION<br>OPTICIEN OPTOMETRISTE<br>137 Bis Bd Khouja Al Faouzi Casablanca - Tél: 02 00 11 33<br>CASABLANCA - TÉL: 02 00 11 33 |                | RC: 362767     | Mortun |    |    |                                 |
|  |                | NPE: 095014080 |        |    |    |                                 |

### 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      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Date du devis           |
|                 |                |                  |             | Date de l'exécution     |

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

**[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

12/9/2023
Client: **BELLAOUI**
**FATIMA**
Le **21/09/2023**

|                    | <b>SPHERE</b> | <b>CYL.</b> | <b>AXE</b> | <b>Add</b> |
|--------------------|---------------|-------------|------------|------------|
| <b>OEIL DROIT</b>  | -0.75         | -2.25       | 95         | +3.00      |
| <b>OEIL GAUCHE</b> | -1.00         | -2.50       | 95         | +3.0       |

Vision de Loin :
Monture:

Verres : VERRES ORGANIQUE  
PROGRESSIF ANTIREFLETS  
ANTI ULTRA VIOLETS

Montant de Loin:

|                    |        |
|--------------------|--------|
| <b>OEIL DROIT</b>  | 750,00 |
| <b>OEIL GAUCHE</b> | 750,00 |
| <b>MONTURE</b>     | 800,00 |

**PRIX T.T.C**
**2 300,00**
**PRIX H.T**
**1 916,67**
**TVA**
**383,33**

Arreté la présente facture à la somme de:

**DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS**

 I.C.E : 0017892243000028  
 RC : 362763  
 INPE : 095014080

 OPTIC FREE VISION  
 OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
 137 Bis Bd. Moulay Ismaïl Haj Fateh Oulfa  
 CASABLANCA - Tél: 05 22 90 11 33



Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
 Ancien interne du CHU Ibn Rochd  
 Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

Casablanca le

28 août 2023

Mme BELLAOUI Fatima

Monture + verres correcteurs progressifs champ large  
 Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 0.75 (- 2.25 à 95°)

OG = - 1.00 (- 2.50 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

80.00

28 Aout 2023

NAVITAE plus collyre

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

T = 80.00 184



05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)  
 عمارنة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)