

# 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.

M23-000787

188669

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3026

Société : —

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUSSADARA Mostafa

Date de naissance :

1978

Adresse :

Tél. : 06 61 59 17 28

Total des frais engagés : 2930 Dhs

Dr. Louisa KHALAF  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

06 DEC. 2023

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

BOUSSADARA mostafa

Age:

Lui-même

Conjoint?

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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 :

Le : 07/12/23

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
08/10/23		C2	300 Dhs	Dr. Louisa AYAN DENTALMOLOGISTE Jacoub El Mansour, Rés N° 2 - Casablanca 280

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMASIE AL RABTA 66, Bd Lieutenant Dallouche Tél : 05 30 60 01 41 098027226	6- A8-23	13,900

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	VI	
OMAR BEL OPTIQUE Address Nur Eddine Opérateur Optométriste Lettre de contrepartie GSM: 06 39 05 62 68 B1031, N°3 Bd Ali El Fassi - Oujd	2023-11-28					2500

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

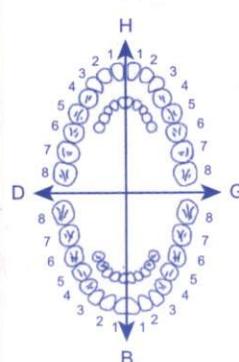
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	<p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
 chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
 chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca  
 Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le:

06.12.23.

رخصة القيادة

الدار البيضاء في:

Boussalek Poste

## VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 2,50 (- 9,50, 95<sup>e</sup>)

OEIL GAUCHE

+ 2,75 (- 9,75, 85<sup>e</sup>)

## ADDITION VISION DE PRES

+ 2,50

Q86

ROMA AL OPTIQUE  
 Ain Anfal, N° 2, Casablanca  
 Opticien Optométriste  
 Lentille de contacte  
 Bloc 31, N° 38d, Ain El Fassi - Casablanca  
 Gsm: 06 39 05 62 68

DR. LOUBNA KHAYAR  
 OPHTHALMOLOGISTE  
 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés.  
 PAL Anfal, Etage N° 2, Casablanca  
 Tél: 05 22 95 12 89

PHARMACIE AL FARAK  
 66, Bd Lalla Aïcha Belhousine  
 Tél: 05 22 68 61 41 Oujda

المنصور - إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89

235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . "A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - T

هـ فـ شـ HyFresh®

Lot: 12 00  
 Fab: 12 22  
 Exp: 12 25  
 PPC: 130 DH 00





# OMABEL OPTIQUE

## **Opticien Optométriste**

## Lentille de contacte

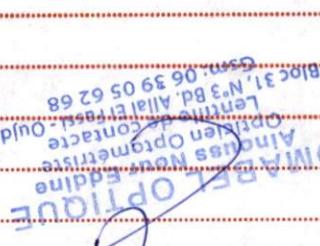
**NBLOC 31 N3 BD ALLAL EL FASSI OUJDA  
Gsm : 06 39 05 62 68**

FACTURE

Nº 004526

Date: 22. 12. 2023.

**Monsieur (Mme):**.....

DESIGNATION			QTE	P.U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: { OD: -0.50 OG: -0.75	95:	+2.50 +2.75	2	1000.-	2000.-
VP: { OD: OG:					
ADD: +0.67 + 2.50					
			<input checked="" type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input type="checkbox"/> UNIFOCAL  <input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input checked="" type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU  <input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9		
MONTURE OPTIQUE			<input type="checkbox"/> METAL <input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE		
1	500.-	500.-			
TOTAL		2500.-			

Arrêtée la présente facture à la somme de: deux mille cinq cent DH