

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 02638

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAMRANI HASSANE

Date de naissance : 08-08-58

Adresse :

RCE AL FAJR

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/08/2014

Nom et prénom du malade : LAMRANI HASSANE Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Amétropie

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 : / /

Le : CE



## **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
10/02/2024	C11		850\$H	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur**      **Date**      **Montant de la Facture**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
abine Optic al Qods عِبَادَةْ بْنْ عَلِيٍّ Praticien Optométriste 05 22 13 77 04	07/03/2024					4000 DH

## 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.

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

Casablanca le : 7/3/2024



عيادة بصريات القدس  
Cabinet Optic Al Qods

Groupe 70 n°1 BIS, Hay AL QODS, Sidi Benhoussi

Opticien optométriste



INPE 095008959

Casa

Patente: 31611830

Tel: 05 22737704

FACTURE N°03/0006 فاتورة رقم

M:r LAITRANI Hassane ....., Doit

Prescription ophtalmologue

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du	Vision de loin	Vision de près
Docteur : .....	O.D -2,75 (-0,25/-5°) O.G -1,00 (-0,25/-135°)	O.D add: + 2,25 O.G add: + 2,25

FOURNITURES : .....

Montures : .....	600
Verres progressif Verres à liberty 1,5 index T.70 Cr.1,00 prévenca	.....
O.D : -2,75 (-0,25/-5°)	1700
O.G : -1,00 (-0,25/-135°)	1700
TOTAL : .....	4.000

Arrêté la présente facture à la somme de :

Quatre Mille Dirham .....

ICE.001776300000095 IF 14481508

Cabinet Optic al Qods  
عيادة بصريات القدس  
Opticien optométriste  
Tél: 05 22737704

Dr. CHAMI Mohamed Hicham  
Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive  
chirurgie de la cataracte  
imagerie et pathologies rétiniennes

الدكتور الشامي محمد هشام  
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
تصوير و أمراض الشبكية

INPE  
091179259

12 février 2024

Mr LAMRANI Hassane

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques  
Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = - 2.75 (- 0.25 à 5°)

OG = - 1.00 (- 0.25 à 135°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

Cabinet Optic al Qods  
عيادة بحريني  
Opticien Optométriste  
Tél : 05 22 73 77 04

Dr. CHAMI Mohamed Hicham  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
شارع مختار بن احمد الكرناوي، القدس سيدى البرنوصي - الدار البيضاء  
114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami\_h@yahoo.fr

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

114 شارع مختار بن احمد الكرناوي، القدس سيدى البرنوصي - الدار البيضاء  
114, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Al Garnaoui, Hay El Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 0522 73 76 50 - Mail : chami\_h@yahoo.fr