

## 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.

N° W19-550013

32602

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13 294

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALOU NORAA

Date de naissance : 23-05-1996

Adresse :

Rue Allal Ben Abdellah - Appart 3 - Fes

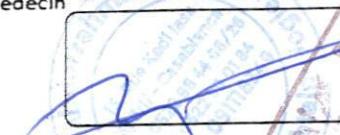
Télé. : 06 41 016167

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HALOU NORAA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

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.

10 JUIL 2020

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 : 10 / 09 / 2020

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
08/07/2020	S	3000H	INP : 0911183kg	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICALS

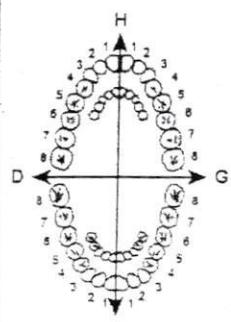
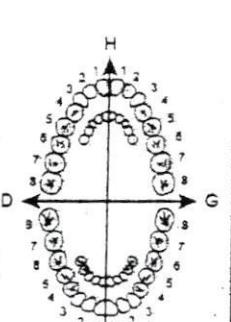
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## **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	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
					MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
					DEBUT D'EXÉCUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
					FIN D'EXÉCUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	<input type="checkbox"/>	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
<input type="checkbox"/>	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B																				
					DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															
					DATE DE L'EXÉCUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,  
Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca, le 28/7/2008

H.A.Lassi NORA

lunettes pour vision de l'œil

est = -1,50 (-0,25 à 35°)

Og = -1,50 (-0,25 à 5°)

verres avec filtre bleu.

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien





# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 0000574

Date : 09/07/2020

Mr : HALOU, N.

Docteur : AhdE / MATH MANE RAIS

Type des Verres : OR - A.A.R. Bleu

Monture : OPTIQUE

1000.00

\* Vision de Loin :

OD Axe 35 Cyl -0.25 Sph 1.50 500.00

OG Axe 55 Cyl -0.25 Sph 1.50 500.00

\* Vision de Prés :

OD Axe — Cyl — Sph —

OG Axe — Cyl — Sph —

Add : —

Montant TOTAL: 1000.00

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

det m.P.P

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C: 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211