

# 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.

## Optique 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **6810** Société : **4D949**

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **COUATCH Rediane**

Date de naissance : **18/65**

Adresse : **Rabat**

Tél. : **06 78 78 3309** Total des frais engagés : **1600 + 1000 + 121** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Soumaya CHESTI HASSAÏD  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tel. 0522 32 48 42

**13 SEP 2020**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **EL HAFIANE Hafid** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Amétropie**

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 : **13 SEP. 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
16 SEP 2020	G + FED	2	400,00	DR. DIAWALI HASSANI Rue Oulad Djou Nafii Berrechid Tél. 0522 32 48 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBN ROCHD Br. MACHINI HAFSA 30, Rue Ibn Rochd Idriss Laâyoune Tél. 0522 32 70 47	16/09/2020	121,60
SERREGHAT	18/09/2020	1600,00

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

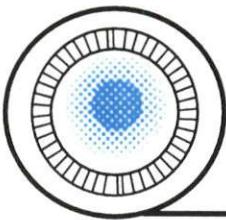
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS					
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
CŒFFICIENT DES TRAVAUX					
MONTANTS DES SOINS					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
ANALYSES - RADIGRAPHIES		[Création, remont, adjonction]			
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	25533412	21433552		
		00000000	00000000		
D		00000000	00000000	G	
		35533411	11433553		
B					

# optic contact



# Opticien



065008021

## Opticien Optométriste

Facture N° FFF / 20

Berrechid, le 18/09/2020

Client: Mr. & MARIAM HALIMA

Code	Description	Total
407 407	Vifin de l'infy pulmonaire 40/100 ml	215 215
	<del>Opacité Khanda CONT ADM DMP 103DMP/21/I/CV A.M.M. N° 103DMP/21/I/CV Laboratoires Sothema PPV : 22,60 DHS</del>	600,-
		1100
407 407	Vifin de l'infy pulmonaire	250,- 215
	<del>M - 0,2x(-0,2x7)</del>	500,-
	<del>06 - 0,2x(-0,2x11)</del>	1600
	<del>Prise en charge</del>	
	<del>Little Sir Bent Bul</del>	
	Arrêtée la présente Facture à la Somme de :	
	Nille Sir Bent Bul	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

57, Bis Rue Médina (près l'O.N.E) Berrechid - Tél./Fax : 05.22.32.41.44 - I.F. : 06100051  
Patente N° : 40707188 - T.V.A. N° 771037 - C.N.S.S. N° : 2244797 - R.C. : 607 Berrchid  
ICE : 001554434000048

Solution stérile pour usage oculaire

**F**

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

**arm**



16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**



16/09/2020

**Mme EL HAFIANE Halima**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

VL:

$$OD = -0.75 \text{ (-0.25 à } 70^\circ)$$

$$OG = -0.25 \text{ (-0.50 à 115°)}$$

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

VP :

ODG = Add : + 2.50

## 1/ FLUCON: COLLYRE

S.V

1 Goutte 4 fois / jour (15jours), les deux yeux

2/ PHYLARM UNIDOSSES

45

lavage oculaire plusieurs fois par jour, des deux yeux

121.60

D'SITE HASSANI  
OUR, les deux yeux  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rue Okba Ben Nafaa Berrechid  
Tel. 0524 32 48 47