

## 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° W19-425691

50082

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 102304

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hery, oulei, Idrissi, Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0643960102

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :



Nature de la maladie :

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.

Par : \_\_\_\_\_

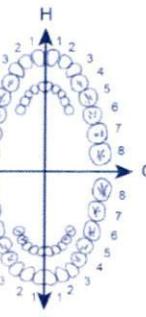
Signature de l'adhérent(e) :

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/2020	C		20000	INP : 000168876 ESSAIS 2020 al. 32276

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
achad Optic d Abi Der Al Ghafar Katafa-Rue 45 N° 8 di Bernoussi Casablanca Tél : 05 22 73 32 03	21/11/20					960000	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)												
				<b>INP :</b> <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	35533411														
G	35533411	11433553														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

Docteur  
ESSADKI Fahd

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بالأشعة الليزر

Casa Le : ..... 21/11/2020 .....

### Enfant Merzouki Idrissi Ibtihal

Lunettes pour VL( Verres + Monture )

VL     OD : -1.5 (155° -0.5)  
OG : -1.5



IIA الشباب، عمارة F7، شقة 7، شارع البعمرياني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Ain Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 30

- OPTIC -

Optique Optométrie - Lentilles de contact  
 Bd Abou Dar Ghafari ex E, rue 45 N° 8  
 Sidi Bernoussi Casablanca (à coté de café Safir)  
 Tél: 0522733203 Mobile: 0634667216  
 Patente : 31611162  
 ICE : 001932476000030  
 IF : 40419071 INP : 095018594

**FACTURE**

N°: FA211120202677

Casablanca le: 21/11/2020

**Prescripteur**

Docteur : FAHD

Date ordonnance : 21/11/2020

**Client**

Nom &amp; Prénom : MERZOUKI IDRISI IBTIHAL

Adresse :

OD	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-1.50	-0.50	155°			
Interm						
Près						

OG	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	-1.50					
Interm						
Près						

Référence	Désignation	Montant HT
1	Verre :ORGANIQUE MTC AMINCIS	500.00
2	Monture :METALIQUE	300.00
	Total HT	800.00
	TVA	160.00
	Total T.T.C	960.00

Arrêté la présente facture à la somme de :

**NEUF CENT SOIXANTE DIRHAMS**

*Rachad Optic*  
 Bd Abi Der Al Ghafar  
 Katafa Rue 45 N° 8  
 Sidi Bernoussi Casablanca  
 Tél: 05 22 73 32 03