

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ions 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.

## Biologie 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 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

- 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.



### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/12/2020      | G                 |                       | G                               | DR. DARDARE<br>OPHTALMOLOGISTE<br>SIDI OTHMANE - CASABLANCA    |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| OPTIQUE YOUSSEF BRA<br>Miri Nour ESSAID<br>Optique Optométriste<br>Avenue 10 Mars Bloc 12<br>Sidi Othmane - Casablanca<br>Tel.: 05 22 38 56 56 | 09/12/2020 | 1500,00               |

### ANALYSES - RADIographies

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE YOUSRA



نظارات يسرا

**Mr. MIRI NOUR ESSAID**

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Centre d'Adaptation de Lentilles de Contact

Aut : SGG 2097

**FACTURE N° 0000164**

M. ENNEHAS M'hamed TAHA Casablanca, le : 09/12/2020

| Quantité   | Designation             | Nomenclature | P.U. | Montant      |
|--|-------------------------|--------------|------|--------------|
| 1  | Monture                 |              | 600  | 600,00       |
| 1  | Verre Lentille Lentille | 4,5 g        | 500  | 500,00       |
| 1  | Verre Lentille Lentille | 4,0 g        | 400  | 400,00       |
| <i>Timbre Payé<br/>Sur Etat</i>  |                         |              |      |              |
| Arrêtée la Présente Facture à La Somme de : <u>Mille</u><br><u>Cinq cent</u> |                         |              |      |              |
|  |                         |              |      | Total HT     |
|  |                         |              |      | T.V.A 20%    |
|  |                         |              |      | Total T.T.C. |

Av. du 10 Mars - Bloc 12 - N° 22 Bis - Sidi Othmane - Casablanca - Tél.: 05 22 38 56 56

RC : 225710 - Patente : 37203104 - IF : 49424610 - CNSS : 7097092

ICE : 001548825000074

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION MÉDICALE CASA-ANFA  
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL  
MOULAY YOUSSEF



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المندوبية المطيبة البيضاء آنفا  
المركز الاستشفائي الجهو مولاي يوسف

## ORDONNANCE

Constance le 08/12/2020

ENNEHAS MOHAMED TAHA

Lunette de correction

$$\text{OD } (170^\circ - 0,75) = -4,00$$

$$\text{OY } (15^\circ - 0,75) = -2,00$$

Very organique

acoustifit

OPTIQUE YOUSSEF  
Miri Nour ESSAID  
Optique Optométriste  
22, Avenue 10 Mars Bloc 12  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tél.: 05 22 38 56 56

1110072020  
LASSOUFI