

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

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **ique :**

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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **94 61**

Société :

**(54009)** **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom &amp; Prénom :

**BELEMKADEM****nabih**

Date de naissance :

**05/10/31/65**

Adresse :

Tél. : **06 60 37 10 92**

Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**12/12/2020**

Nom et prénom du malade :

**BELEMKADEM, nabih**

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.

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 : **31/12/2020**

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
12 DEC. 2020	ce		200.00	Dr. Mohammed MADI OPHTALMOLOGISTE 105 AV. 2 Mars - Casablanca 06 22 83 50 61 - GSM : 06 61 52 82 11

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

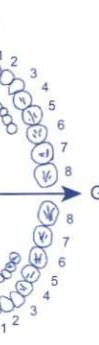
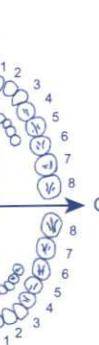
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Optique Le Beau Confort Edouard Bouilletta Bloc (J) N° 70 Tél.: 06 26 27 25 92	30/12/20					3800,50

## 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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# Optique Le Beau Coin

Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 0017900600087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

Optique Le Beau Coin  
E.I. Moudibokita Bloc (j) N°70  
Facture N° 000677

13/06/25/25/92

Casablanca le : 30.12.2020

Mr:..... BZ=22=07KA12517 Mohammadi

VL:	16.1	A.N.
OD:	(-1,75)	g2) A.2
OG:	(-1,00)	g2) A.2
VP:	2 celles + 2	
OD:	2 celles + 2	
OG:		
Monture:	277.00	800.00
Verres:	o 8.2	3000.00
	16.1	0.00
Total:		3800.00
Arrêtée la présente Facture à la Somme de		3800.00

**Docteur Mofiammed MADI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



INPE 091096149

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le .....

12 DEC. 2020

**Mr. BELEMKADEM Mohammed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = + 2.00 (- 1.75 à 90°)

OG = + 2.00 (- 1.00 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.00

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

*Optique Le Beau Coin*

105, Av. 2 Mars (Angle Bd. Moulay Driss 1<sup>e</sup>) N° 70

Tél. 06 61 52 25 92

الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بالرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيب اختصاصي سابق بمستشفيات  
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء،  
جراحة اجلالة - حول العين - الشبكة  
بخطيط أووعية الشبكة - الالايزر