

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

## ctions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ntaire :

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

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.

**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

67313

CA

## Déclaration de Maladie : № S19-0000659

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13023

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FARH Ibtissam Date de naissance : 04-12-1990

Adresse : Quartier Nessim - Résidence les champs - Imb C - Apt 1-6a

Tél. : 0661474262 Total des frais engagés : 2150 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/04/2021

Nom et prénom du malade : EL FARH IBTISSAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Flu virus

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 : Casa

Le : 01/04/2021

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
01.04.21	CS		200	
05.04.21				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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	
	08/07/17		Frontal + 2 véllos			1900 DT

## **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

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	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">11433553</td></tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	G	00000000		11433553		<p align="center">COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p align="center">MONTANTS DES SOINS</p> <p align="center">DATE DU DEVIS</p> <p align="center">DATE DE L'EXECUTION</p>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D																						
00000000																						
35533411																						
B	G																					
00000000																						
11433553																						
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



# مركز العيون ببر انزاران .

## CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

**الدكتورة هدى خليفي**  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le 01/04/2021  
الدار البيضاء في :

El Fasl Ibtisam

Villes e mondes antiques et modernes

$$\text{OG} = +1 (-0,75 \text{ à } 177)$$

$$\text{OG} = +1 (-0,75 \text{ à } 175)$$

Dr KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
N°001757000062  
IDE: 001757000062  
Tél: 05 22 23 79 29

LIAISONES RUKI  
Centre Optique Baachane  
N°10 Avenue Hassan II  
Hcy.Nassim Casablanca



# Lunettes Pour Tous

Client n° : 439

Nom Prenom : EL FARH IBTISSAM

Facture client N° : 0

Médecin : HOUDA KHLIFI

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	+1.00	-0.75	177	
O.G	+1.00	-0.75	175	

## Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Optique	1	600,00	600,00
Verre	Organique AR	1	1 300,00	1 300,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 1583,33

TVA (20%) 316,67

Total TTC : 1 900,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE NEUF CENTS DIRHAMS TTC



INPE:095020806

Cachet Casablanca, le 07/04/2021

LUNETTES POUR TOUS  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
13 Mosquée Bakchane  
Hay Nassim Casablanca

Adresse : 13, Mosquée Bakchane(AI Kazabri) Hay Nassim Casablanca TEL : 0522938408 GSM : 0662853607  
Email : afrique\_optical@hotmail.com ICE : 002228690000096 RC : 435060 Patente : 36200986 IF : 66438986