

# 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.

## 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Préclamation	: 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 personnelles.

Siège : 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

27185

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6986

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SERBOUTI Abdellah

Date de naissance : 15/07/59

Adresse : Hay Alvalaa Tawile 18 Tmm 23 N° 14 Attache ruelle

Tél. : 0666 18 14 74

Total des frais engagés : 250 + 135 + 2800 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEMSEDDINE AMINA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertension artérielle

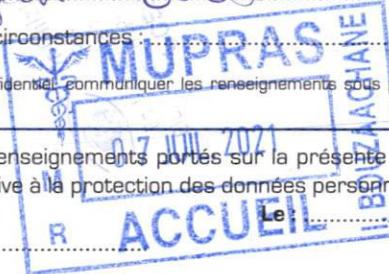
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

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
30/06/2021	CS + FO		250,00 DHS	<i>[Handwritten signature]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Handwritten signature]</i>	30/06/2021	235,00

### 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
		AM	PC	IM	IV	
NASSER OPTIC Opticien - Optométriste Bt. Hay Rahma, Rue 14 - N° 24 Abdi Moumen - GSM 06 95 5114 68	30/06/2021					2800,00 DHS

### 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT				

Dr. Ghizlane EL HOUARI  
Spécialiste en Ophtalmologie



د. غزال الهواري  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Ancien Ophtalmologue à l'hôpital 20 Août - Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة عيون بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء سابقا

عضو بالجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

## ORDONNANCE

Casablanca, le : ..... 30 juin 2021

Mme CHEMSEDDINE Amina

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
organiques anti LB Amincis

VL : OD = + 2.00

OG = + 2.25

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.00

Respecter svp le centrage

135.50

1/ EOLE DUALE COLLYRE



1 goutte 4 fois/jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

FPC: 135,00  
LOT: E 02 20  
10/2023

شارع محمد الزفزافي، رقم 53. الطابق الاول، سيدى مومن  
الامام محطة الطرامواي (الشارل) - الدار البيضاء

Bd. Mohamed ZEFZAF, N°53, 1er Etage - Sidi Moumen - Casablanca

E-mail : dr.ghizlane.elhouari@gmail.com - 0522 70 01 57

**Facture N° :** 0001184

**Date Facture** : 30/06/2021

## **Prescription:**

OP: ~~+3~~<sup>2</sup> 000

OG: ± 3,25

ADD: +3100

**Ophtalmologue : EL HAJARI Ghislane**

**Client :** CHEMSE ADINE Amina

Quantité	Désignation	Nomenclature	Prix TTC
02	<b>Monture:</b> optiques sorties plastiques <b>Verres :</b>	.....	800,00 Dhs
02	VL: ODG: organique AD/ Multicoches	OD : <u>1400</u> OG: <u>141</u>	1400,00 Dhs
02	VP: ODG: organique AD/ Multicoches.	OD : <u>1400</u> OG: <u>142</u>	1400,00 Dhs
	VL <input checked="" type="checkbox"/> VP <input checked="" type="checkbox"/> Progressif <input type="checkbox"/> D.F <input type="checkbox"/>		
		<b>TOTAL</b>	2800,00 Dhs

**Arrêtée la présente Facture à la somme de :**

NASSER OPTIC  
Opicien - Optométriste  
Lokhay Benjani Rue 14 - N° 24  
Casablanca - GSM : 06 95 51 14 66