

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

## Informations 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.

## Pathologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02654

Société : 83856

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEMMAT

MOHAMED

Date de naissance : 08-04-1958

Adresse : Lot. ANASS ELOTS FAYY'S et JADIDA

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 Sept 2021

Nom et prénom du malade : ZEMMAT MOHAMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

oncologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

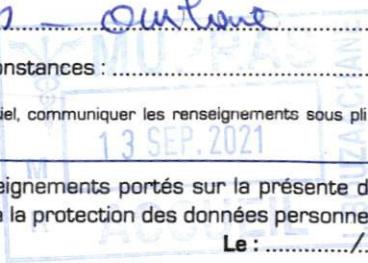
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : ..... / ..... / .....

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
2 Sept 2021	CS		200,000 DA	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

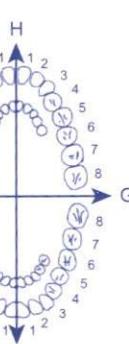
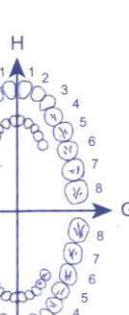
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Espace optique opticien optométriste Ski Ophthalmie Bloc 57 N° 98 00.60.00 05.61.85.07.49</i> <i>ecard</i>	29/09/2021					32.00,1

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000	35533411	00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
B				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# فضاء البصريات

## Espace Optique

Sidi othman Bloc 57 N°98 CASABLANCA

Tél.: 06 3000 6000 / 06 6185 0749

بدي عثمان بلوك 57 رقم 98 الدار البيضاء

# Facture

№ 0001836

Date :

29/09/2021

Client :

Mr. ZEMANAT MOHAMMED

V.Loin

	SPH	CYL	AXE	Prix
OD	/	-0,50	80°	1000
OG	/	-0,25	95°	1000

V.Pres

+0,0 +2,75

	SPH / ADD	CYL	AXE	
OD	2206122882112			
OG	/			

MONTURE

1371

VERRES

1206122882112

Espace Optique  
opticien et optométriste  
Sidi Othmane Bloc 57 N°98  
Casablanca  
06.30.00.6000 / 06.6185.0749  
12000  
3000  
3200

Total

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Dix Mille Dirhams

RC : 401396 - PATENTE : 37208888  
IF : 14412518 - ICE : 000544034000083

130000



## ORDONNANCE

02 septembre 2021

Mr. ZEMMAT Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUES Antireflets

VL : OD = (- 0.50 à 80°)

OG = (- 0.25 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.75

Espace optique  
opticien optométriste  
Sidi Othmane Bloc 57 N° 98  
Casablanca  
06.30.00.00.00 / 06.61.85.97.47  
Médecin Opticien Optométriste  
Dr. RACHA ELBAKKAL