

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Radiologie 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 AID et AIC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

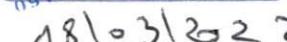
- Réclamation : contact@mupras.com
 - Prise en charge : pec@mupras.com
 - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº W21-696434

44 1.877 h

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : | 4549 | Société : | R.A.M |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | BERDAI Mohamed | |
| Date de naissance : | 22/07/1957 | | |
| Adresse : | 81 Rue Coracchi APP 1 & Hay ESSACAM est SA 6210 | | |
| Tél. | 066 110 3375 Total des frais engagés | | |
| <input type="checkbox"/> Cadre réservé au Médecin  | | | |
| Cachet du médecin : |  | | |
| Date de consultation : | 18/03/2022 | | |
| Nom et prénom du malade : | Benda Mohamed | | |
| Lien de parenté : | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | Vice Réfractaire VL + VU | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le bâtonnier 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 : PARIS

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVE DES FRAIS D'HONORAIRES | | | | |
|-------------------------------|-------------------|-----------------------|-------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé d'Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 18/03/2022 | Cx gvt | | | INP : 1111111111 Hôpital Universitaire international MOUHB Loubna Professeur Assistant MOUHB Loubna Ophtalmologiste |

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| M.A.A.D VISION SARL AU 3 Avenue 2 Mars, Casablanca Tél.: 05 22 29 84 69 | 21.03.2022 | | | | | |

| 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 | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | $ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ \hline 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array} $ | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | |
| FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/> | | | | |



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le : 18/03/2022

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Assistant MOUHIB Loubna
Ophtalmologiste
091261800

M^r Mohamed Béchir

lunette de correction optique, pour
Vision de lecture de près

V.L. OD = -1,50 (-1,00 à 100°)
OS = -1,50 (-1,25 à 90°)

VP = +2,50 S en extérieur
Vise progressif

M.A.D.VISION SARL AU
50, Avenue 2 Mars, Casablanca
Tél.: 05 22 29 84 69

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Professeur Assistant MOUHIB Loubna
Ophtalmologiste
091261800

FACTURE N° : 01379

DATE : 21/03/2002

NOM & PRENOM : BERDAI Mohamed

| DESIGNATION | MONTANT |
|----------------------------|--|
| MONTURE : | <u>Hétagique</u> <u>1000,-</u> |
| VERRES/LC : | <u>Progressif Organique</u> |
| | <u>15 Anti-reflet</u> |
| OD : | <u>-1,50 (-1,00 +1,00)</u> <u>2000,-</u> |
| OG : | <u>-1,50 (-1,25 +90)</u> <u>200,-</u> |
| ADD : | <u>+ 2,50</u> |
| AUTRES : | |
| TOTAL A PAYER (TTC) | <u>5000,-</u> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

cinq mille dirhams

*M.A.A.D VISION SARL AU
 50, Avenue 2 Mars, Casablanca
 Tel: 05 22 29 84 68*

50, Avenue 2 Mars
 (près du lycée Mohammed V)
 Casablanca - Maroc.
 Tél/Fax : +(212) 522 29 84 69

ICE : 001681640000062
 INPE : 095003265
 PATENTE : 36337369
 R.C : 321987 - I.F : 15243170