

# 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.

## 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 ALD et ALC :

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

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1017572

Société :

Retraité

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIR TAHAR

Date de naissance : 01.01.1938

Adresse : Proche B Rue 91 n°73 EL OUL fA CASA

Tél. : 06 58 06 92 57 Total des frais engagés :

3900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/05/2022

Nom et prénom du malade : MOUSSIR KELTOUM Age : 02.10.47

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : congelis UC + VP

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA

Le : 26/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Vaff

## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/05/2022      | 3                 |                       | 200,00                          |   |
| 25/05/2022      | 3                 |                       | 200,00                          |  |
| 25/05/2022      | 3                 |                       | 200,00                          |  |
| 25/05/2022      | 3                 |                       | 200,00                          |  |

## 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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien                                     | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| Optique Aigle Bleu<br>ORTICERI<br>1, Rue 13<br>France<br>93 22 93 32 98 | 25/5/94           |        |    |    |    | 3.900,-                            |

## 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|
|   |  |                  |             | Coefficient des travaux |
|   |  |                  |             | Montants des soins      |
|   |  |                  |             | Début d'exécution       |
|   |  |                  |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                      | DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |                         |
|   | H  | 25533412         | 21433552    | Coefficient des travaux |
|   | D  | 00000000         | 00000000    |                         |
|   | G  | 00000000         | 00000000    |                         |
|   | B  | 35533411         | 11433553    |                         |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             |                         |
| D   |  |                  |             | Montants des soins      |
| G   |  |                  |             | Date du devis           |
| B   |  |                  |             | Date de l'exécution     |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS    |  |                  |             |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |  |                  |             |                         |

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

**الدكتورة بوعسم مليكة**

**طب العيون**

**دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية**

**اختصاصية في أمراض و جراحة العيون**

**الليزر....**

Casa le : 25 Mai 2022

**Mme MOUNIR Keltoum**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 4.00 (- 0.75 à 100°)

*optique Aïda Vision  
OPTIQUE  
N° AUG 131 N° 49 Oulfa  
12785  
blanche RQ  
Tel. 05 22 93 32 99*

OG = + 4.25 (- 0.75 à 108°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.75

THEALOSE COLLYRE

1 GTT 4 FOIS /JOUR, les deux yeux, 1 Mois

*Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11*

# **OPTIQUE AIGLE VISION**

**OPTICIEN**

MOUNIR Keltoum

CASABLANCA Le 25/5/2022

**FACTURE N°:** 009922

**Arrêtée la présente facture à la somme de :** Trois mille Neuf cent dix

**ptique Aigle Vision**  
**OPTICIEN**  
N Rue 136 N 49 Oulfa  
Sablonnaise - R. 12783  
Tel. 65 22 93 22 98