

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Matricule : 6403 Société : R. A. M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAJ BAR Boucataï B

Date de naissance : 27.02.1967

Adresse : 10. Rue ANVERS CASAMANCA

Tél. : 0634672020 Total des frais engagés : 4000 + 300 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31 Mars 2022

Nom et prénom du malade : BAJ BAR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection

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 : 02/12/2022

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
31 Mars 2025			30000 DA	Dr. El Amin Ophthalma attestant l'abonnement du Dr. El Amin Ophthalma à la Chambre Syndicale des Médecins de Rabat le 25 Mars 2025

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

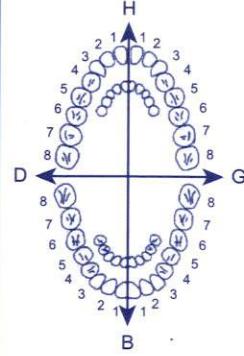
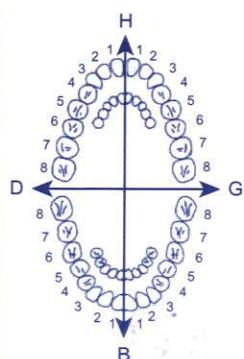
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
 DR H. JAZERA OPTOMETRISTE IOT MAHLOUF 2 TRE-HA	02/10/2022					47000 DH

## **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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

**Dr. RACHA ELBAKKAL**

Ophtalmogiste

Diplomée des Facultés de  
Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -  
Lentilles de Contact



**الدكتورة رشا البقال**

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة العيام البيناء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

## ORDONNANCE

02 avril 2022

**Mr. BAJBAR Bouchaib**

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = + 1.75 (- 0.25 à 144°)

OG = + 1.50 (- 0.50 à 57°)

VP : ODG = Add : + 2.75

DR. ELBAKKAL RACHA  
Médecin Spécialiste  
en Ophtalmologie  
Lotissement Nabila, Makhloof N°2  
Casablanca - Tel: 05 22 03 11 11



تجزئة نبيلة مخلوف رقم 334، الطابق الثاني - N°2

Tél: +212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

# Optique el jazira

Opticien spécialiste

Patente: : 55806843



# نظارات الجزيرة

اخصاصي في النظارات البصرية

الباتنة : 55806843

000767

ICE: 001565419000079

INP2: 065012437

Nom: BAJBAIR Prénom: Bouchaib Date: 02/04/2022

Ordonnance de Mr. le Docteur: RAcha ELBAKIRI AL

N° de nomenclature

VL . OD : axe  $(144^\circ - \text{cyl} - 0,25) + \text{sph} 1,75$

Correspondant  
à la prescription

OG : axe  $(57^\circ - \text{cyl} - 0,50) + \text{sph} 1,50$

OD \_\_\_\_\_

VL . OD : axe - cyl  $+ \text{sph} 2,75$

OG \_\_\_\_\_

OG : axe - cyl  $+ \text{sph} 2,75$

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
1	Montures optique	1000 DH	1000 DH
2	Verres progressifs photochromiques Antireflet	1500 DH	3000 DH
	Etuis		
Total (dh)			4000 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

# Quatre mille dirhams #

