

## 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 A.I.C. :

- 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.

N° W21-709832

M7568

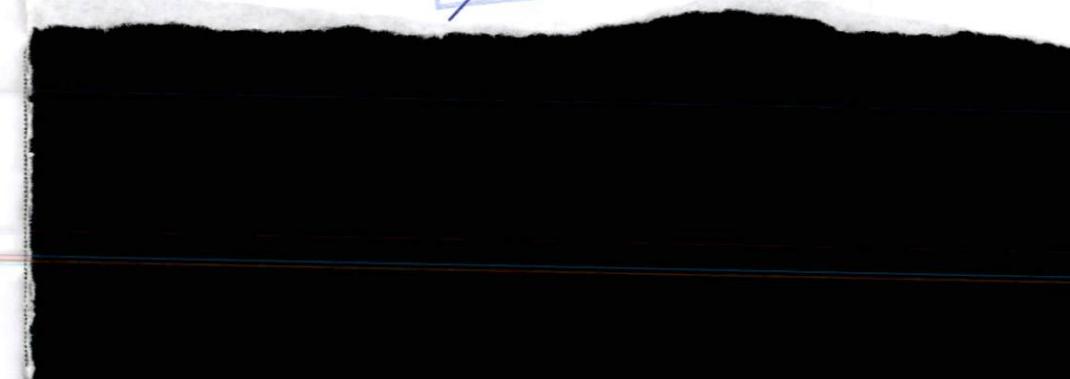
<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)							
Matricule : 0001869				Société : RAY			
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)				<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : Hladija El Guermaj							
Date de naissance : 01-06-1958							
Adresse :							
Tél. : 06316717561				Total des frais engagés : 1679,00 Dhs			

<input type="checkbox"/>	Autorisation CNDP N° : A-A-215/2010	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 10/05/2012		
Nom et prénom du malade : EL GOURMAI Hladija Age: 63 ans		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Verte de Refraction - Astigmatisme / foliaire		
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 : 13/05/2012

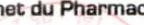
Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
17/05/2022	ls.		200,00 DH	INP : INPE : 0711 Dr. EL HADJ MAMOUN OPHI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11-05-22	79,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

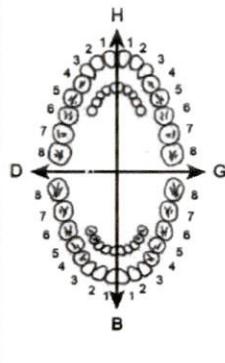
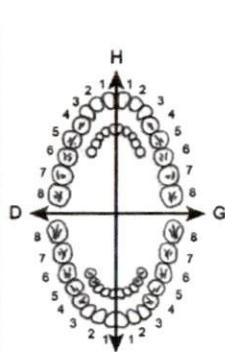
## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \quad 00000000 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  \hline  B &  \end{array}  G  $			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**Docteur EL HAMIDI Mariam**

Spécialiste des maladies  
et de la chirurgie  
des yeux



**الدكتورة الحميدي مريم**  
اختصاصية في أمراض  
و جراحة العيون

Marrakech le .....

17 mai 2022

**Mme EL GUERMAI Khadija**

**PURE COLLYRE**

1 GTTE 3X/J PDT 1 MOIS, dans les deux yeux

79,00



INPE : 071182968

لا ينفي موعد الفحص

M'hamed 1 - B, Imm 170, Appt 1 (en face de café El boughaz) Marrakech

محاميد 1 - B ، عمارة 170 ، شقة رقم 1 ( أمام مقهى البوغاز ) مراكش

Tél.: 05 24 37 03 70

**Docteur EL HAMIDI Mariam**

Spécialiste des maladies  
et de la chirurgie  
des yeux



**الدكتورة الحميدي مريم**  
اختصاصية في أمراض  
و جراحة العيون

Marrakech le .....

**17 mai 2022**

**Mme EL GUERMAI Khadija**

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets

VL :

OD = + 2.50 (- 1.25 à 70°)

VP :

OG = + 1.25 (- 1.00 à 105°)

ODG = Add : + 3.25

**CENTRE OPTIQUE**  
Opticien Optométriste  
ICE : 06 555412000026  
INPE: 075018499



INPE : 071182968

لا يتغير موعد الفحص

M'hamid 1 - B, Imm 170, Appt 1 (en face de café El boughaz) Marrakech

محاميد 1 - B ، عمارة 170، شقة رقم 1 ( أمام مقهى البوغاز ) مراكش

Tél.: 05 24 37 03 70

# Centre d'optique

Lot Socoma 1 n°:1117

Marrakech

Téléphone : 0677022379

Date : 23/05/2022

N° facture: 23269

Pour : mutuelle

RC: 73605 / patente n°: 67194299

IF : 18760300

ICE:001555412000026

INPE: 075018499

facture pour: El guermai Khadija

Déscription	Montant
Correction VL: Monture : plastique types de verres: progressif organique antireflets photogr	500,00
OD:+2,50 (-1,25 à 70°)	450,00
OG: +1,25 (-1,00 à 105°)	450,00
ADD: +3,25	
Correction VP: Monture : plastique Type de verre:	
OD:	
OG:	
Total	1400,00

Montant HT 1120 TVA: 280

montant TTC: 1400

La presente facture est arrêtée à la somme de : mille quatre cent dirhams

Merci pour votre confiance

CENTRE D'OPTIQUE  
Opticien - Optométriste  
ICE:001555412000026  
INPE:075018499