

# 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

- 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 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

123537

**Déclaration de Maladie : N° S19-0005407**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 14437 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GUESSOUS Abdellij Date de naissance : 04/04/78

Adresse : 64, Rue Curie El Jadida

Tél. : 0661752615 Total des frais engagés : 5800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

08 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : SMAHI SALIMA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Pulmonaire

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 : Casab Le : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : GUESSOUS

### 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
08 JUIN 2022	C 2		300HT	DOCTEUR D'KHISEY Mouloud 100, Bd Brahim P.oussani - Casablanca Tel: 0527.25.10.88

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

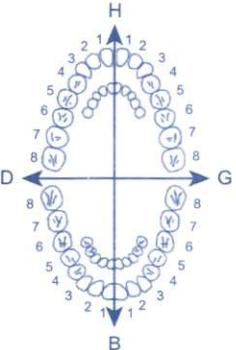
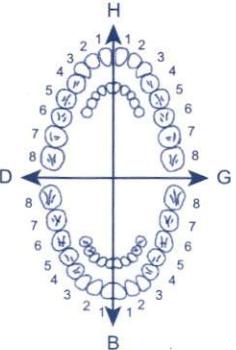
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC Opticien IKRAM Gharbi Casablanca - ICE 09 521 12 00 00	01.07.2022	2 verres				55000HT
		+ Monture				

### 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											
															
															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="0"> <tr> <td>[Creation, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>	[Creation, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
[Creation, remont, adjonction]															
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				MONTANTS DES SOINS											
				DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 08/06/20xx

Ruelle gouraud (Mueller)

$$\text{OT} = -0,5(-1) : 10^{\circ}$$

$$\text{OB} = (-1) : \underline{10^{\circ}}$$

$$\text{Add up} = +1,5 \text{ OT}$$

(au moyen // autre méthode)

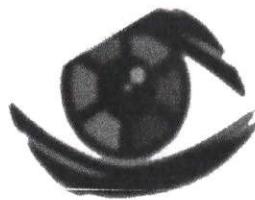
Propriétés

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmologiste

400, Bd Brahim Roudani, 2<sup>e</sup> Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA

**PUR OPTIC**  
OPTOMETRISTE  
Opticien GHOUMAR  
IKRAM GHOUMAR  
Opticien IKRAM  
Mariana Hay Hassani Boutique B10  
Casablanca - ICE 002224103000076  
TPE: 0522 1762

## Facture



**Facture N° :**  
 523  
**Date :**  
 2022-07-01  
**Client :**  
 SMAHI SAKINA

PURE OPTIC

Tel:

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
<b>VLVPD</b>	<b>-0.50</b>	<b>-1.00</b>	<b>175</b>	<b>+1.50</b>
<b>VLVPG</b>	<b>PL</b>	<b>-1.00</b>	<b>10</b>	<b>+1.50</b>

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	<b>VARILUX Â“PHYSIO3.0 1.5 CRIZAL PREVENCIA UV H PRO 17-14</b>	1	<b>2500.00</b>	<b>2500.00</b>
2	<b>VARILUX Â“PHYSIO3.0 1.5 CRIZAL PREVENCIA UV H PRO 17-14</b>	1	<b>2500.00</b>	<b>2500.00</b>
3	<b>MONTURE</b>	1	<b>500.00</b>	<b>500.00</b>

<b>TVA</b>	<b>20%</b>	<b>Total TVA</b>	<b>916.67</b>
<b>Total HT</b>	<b>4583.33</b>	<b>Net à payer</b>	<b>5500.00</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme :**

cinq mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC --- opticmanagerpro@gmail.com  
 IF: 26112536 - ICE: 00204303300019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

**PUR OPTIC**  
*Opticien Optométriste*  
**IKRAM GHOUARIFI**  
*Marjane Hay Hassani Boutique B10*  
*Casablanca - ICE:00204393300001*  
*INPE:095021762*