

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 1468

Société : RAM 135611

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF BAABSI

Date de naissance : 18/12/1955

Adresse : HAY EL DAKLA 3M70 N°2 HAY EL MOHAMAD

Code postal : 66110

Téléphone : 0661109638 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2022

Nom et prénom du malade : BAABSI YOUSSEF Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Connexions optiques

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 : 01/09/2022

Le : 01/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : YB

#### **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
19 09 2015	CUS	6		CHU de Toulouse Médecin traitant

## **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 Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELÈVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) on a coordinate system. The circles are arranged in four concentric layers. The outermost layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The next layer in contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The innermost layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The innermost circle is labeled 'B'. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

FACTURE

Date

21/09/2022

CLIENT : BAABI Youssef

Numéro

44

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
PRES:			
MONTURE	OPTIQUE		
VD	<i>Pour objectif</i>	1	900,00
VG	<i>Transition Optique PGx.AR</i>	1	1100,00
PRES:			
MONTURE			
VD		1	1100,00
VG			
CORRECTION VISUELLE:			
LOIN:			
OD :	$(85 - 0,75) -$		
OG :	$(110 - 0,75) + 0,50$		
PRES :			
ADD / ODG:	$+2,50$		
			3100,00
Taux TVA:		20%	
Montant TVA:			
Total TTC:			3100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

trois-mille-cents  
dirhams.

Optique Ouhoud  
Opticien Optométriste  
4, Rue D'Aker-Mosquée Ouhoud  
Berrechid 1-161-00 22 22 87 19

4, Rue ealger mosquée ouhoud -Berrechid-

Tél: 06 68 67 35 28 - Email: youssefpoorChotrnaiLcom

Code INPE:105011324-ICE:001714066000082-Patente:40705677-1F:40267294

TP:000000-RC:15906-N'Autorisation SGG:2539



Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - أخنول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

19/09/2022

Casablanca, le :

BAABI

Youssef

## PROGRESSIFS Organiques PHOTOCROMIQUES

Oeil Droit : (84° -0,75) , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (110° -0,75) + 0,50 , Addition + 2,50



Abdelmoumen Center,

Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com