

# 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.

|   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> | <input type="checkbox"/> <b>Optique</b>       | <input type="checkbox"/> <b>Autres</b> |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)  |  |   |  |
| Matricule : <u>12670</u>  |  | Société :                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)    | <input type="checkbox"/> Autre :              | <u>THIAM Med EL Bassirou</u>           |
| Nom & Prénom : <u>THIAM Med EL Bassirou</u>   |  |   |  |
| Date de naissance :   |  |   |  |
| Adresse :   |  |   |  |
| Tél. : <u>066 109 38 33</u>   |  | Total des frais engagés : <u>#2500,00</u> Dhs |  |
| Cadre réservé au Médecin  |  |   |  |
| <b>DR. GHAZI OUKACHA</b><br><b>SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE</b><br><u>39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage</u><br><u>Marrakech Extension 20370 - Casablanca</u><br><u>22 22 55 55 - F 22 22 55 49</u> |  |   |  |
| Cachet du médecin   |  |   |  |
| <u>28 SEP. 2022</u><br><u>ACCUEIL PRÉMIUM</u><br><u>Mohamed el Bassirou</u>   |  |   |  |
| Date de consultation  |  |   |  |
| Nom et prénom du malade   |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |  |   |  |
| Liste de parenté :  |  |   |  |
| Nature de la maladie :  |  |   |  |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 29/10/2022

| 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 |
| 13.08.1<br>2022                | C.S.              |                       | Dr. LUCILLE DUFOUR<br>SECALISTE OPHTALMOLOGISTE<br>39, Rue Alfourat n°10<br>Extension 20320 Cassablanca<br>Tél: 33-35-20 | INP : 0 DM 67122   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |      |                       |
|--|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                   |   |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---|-------------------|---|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier   | Date des<br>Soins | Nombre                                  |     |     |     |                                    |  |
|   |                   | A M                                     | P C | I M | I V |                                    |  |
| VOTRE VIE<br>MANE BENLEM<br>Particulier Opticien<br>N° 00019553400000<br>21.09.2022 | 21.09.<br>2022    | MONTURE<br>+<br>2 verres<br>correcteurs |     |     |     | Total<br>= 2500,-                  |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|---|----------|---|------------------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  |          | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient                                  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          |   |                  | INP : <input type="text"/>                   |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          |   |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          |   |                  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          |   |                  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          |   |                  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br>  |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |  | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> |  | B |  |
| H   |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| 25533412  | 21433552 |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| 00000000  | 00000000 |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <hr/>   |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| D   |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| 00000000  | 00000000 |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| 35533411  | 11433553 |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| <hr/>   |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
| B   |          |   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>   |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>  |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |
|   |          | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>  |                  |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |          |          |          |          |       |  |   |  |



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 13/08/2022

M<sup>e</sup> Thiam Mohammed et B Assirou

Membre + Verres correcteurs

Anti-reflets, Amincis

$$OD = +1,75 (-0,25) / 180^\circ$$

$$OG = +1,50$$

$$add +2,50$$

VOTRE  
MANE MANEKH  
Opticien Optométriste  
INPE 091167122  
CE 534000001

DR. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage  
Maârif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39، زنقة القرات - الطابق الأول، رقم 10 المعريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

# Votre Vision

Opticienne Optométriste  
Tél. : 212(0)5.22.23.05.45

Facture № 003420

casablanca, le

21.09.2022

Client : M<sup>r</sup> THIAM Mohamet EL Bassirou  
sous ordonnance du Dr :

| Designation  | Prix      | N° Nomenclature |
|--|-----------|-----------------|
| 1 monture  | 100 Dhs   | .               |
| 1 verre D organique progressif<br>antireflets +1.75 (-0.25 18) | 1200 Dhs  | 407             |
| 1 verre G organique progressif<br>antireflets +1.50            | 1200 Dhs  | 400             |
| TOTAL  | 2500 Dhs. |                 |

Arrêtée La présente Facture à La somme de : Deux Mille Cinq Cents Dirhams.