

# 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.

M22- 0018335

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5131 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LAZOUI Norelsine

Date de naissance :

Adresse : IDEM

Tél. : 0661219473 Total des frais engagés : 300 + 600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 2/1 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : MOUHAMMAZ NAJAFI Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 21/10/2022

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
2021/01/27	CH		300100	<i>Dr Mouhssine D'KHSISY Ophtalmologue 400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage Tél: 0522 25 49 88 / Fax: 0522 25 70 88 CASABLANCA</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE: 092043355</i>	21/01/2022	147,00

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

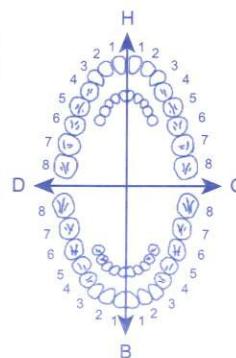
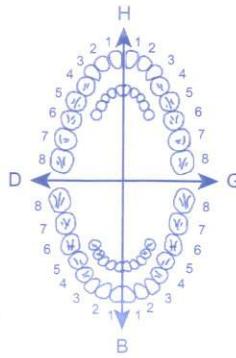
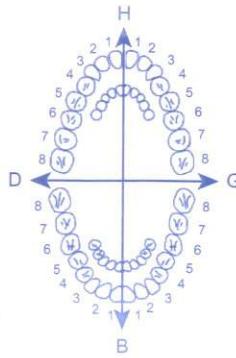
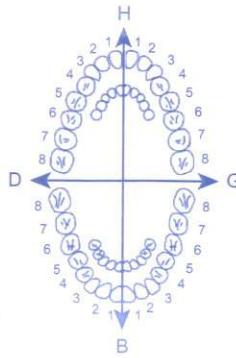
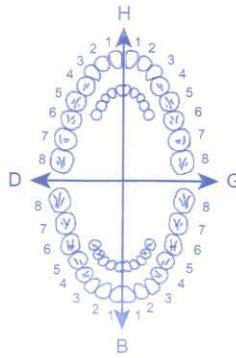
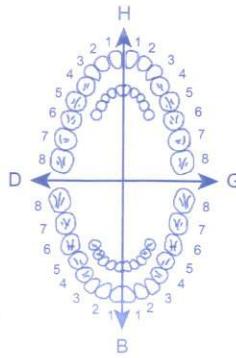
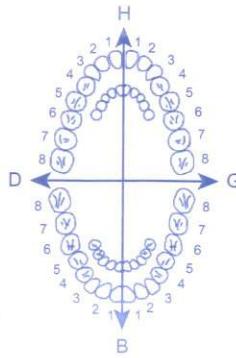
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<i>Belle Vue</i> 51, Angle Bd. Stendhal & George Sand Tél. : 05 22 25 49 95 - Casablanca	08/11/2022	1	1	1	46000

## 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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
DATE DU DEVIS					FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
DATE DE L'EXECUTION					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					DEBUT D'EXECUTION
	H	25533412	21433552		
D	00000000	00000000			
B	00000000	00000000			
G	35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

Ophthalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladies et chirurgie des yeux

Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيسى محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le 21/10/1012

Dr. MOUHSSINE D'KHISSY  
Oculiste et Chirurgien Plastique  
Casablanca - Tel. 0522 25 70 88  
Bd Brahim Roudani, 400, Casablanca

Dr. MOUHSSINE D'KHISSY

N°PE: 092043355

147,00 D Thiodex coll.  
2/3/2012

Dr. MOUHSSINE D'KHISSY  
Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, Casablanca  
Tel: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88

**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 21/10/2011

Mr Doutzen, X (sign)

Revue par VL (Mueller)

$$\text{of} = +2,75 (-1,5) \circ 80$$

$$\text{de} = +3,25 (-2,5) \circ 85$$

$$\text{Adol Vps} = +2,75 \circ 82$$

Caractéres / Antécédents / Progrès

**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

Belle Vue

51, Angle Bd Stendhal & George Sand  
Tél: 0522 25 49 95 - Casablanca

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 400. شارع إبراهيم الروانى – الدار البيضاء – الهاتف :



**FACTURE N° 4 684**

**DATE:** 08/11/2022

**NOM:** MOUHANNI Najat

**MEDECIN:** D'KHISSY

	<b>SPH</b>	<b>CYL</b>	<b>AXE</b>	<b>ADD</b>
<b>V.L.D</b>	+2.75	-1.50	80°	2.75
<b>V.L.G</b>	+3.25	-2.25	85°	2.75
<b>V.P.D</b>				
<b>V.P.G</b>				

<b>DESIGNATION</b>	<b>PRIX</b>
<b>MONTURE</b>	
Optique	800.00
<b>VERRES</b>	
Progressifs organiques AR Amincis	2600.00
Progressifs organiques AR Amincis	2600.00
<b>Total TTC:</b>	<b>6 000.00</b>
<b>T.V.A</b>	<b>1000.00</b>

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
SIX MILLE DIRHAMS**