

# 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

- Reclamation : 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.

B324

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5708** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ADDAKOU**

**HASSAN**

Date de naissance : **01/01/1965**

Adresse :

Tél. : **0661.0662.60** Total des frais engagés : **45.800 #** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

**DR. BERRADA Mohammed**

**OPHTALMOLOGISTE**  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rte ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: herraada.hemid@gmail.com

Cachet du médecin : **MUPRAS**  
**16 NOV. 2022**

Date de consultation : **19 OCT. 2022**

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE**

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 : **16/11/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **HC**

## **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 OCT 2022		Ca	300,-	 Dr. BERNADA MOHAMMED OPHTALMOLOGISTE 104, B1 Bd. Abdelmoumen, Rce ACHOUR Tel.: 0322 99 40 40 / 0322 99 40 41 <a href="mailto:dr.bernada.hamed@gmail.com">dr.bernada.hamed@gmail.com</a>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	
Dr. M. A. Maani - CASA 0522 4765 89 0520 000070	14/11/2022	2	0	0	0	61000,00 96
Dr. M. A. Maani - CASA 0522 4765 89 0520 000070	14/11/2022	0	0	0	0	1500,00 00

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

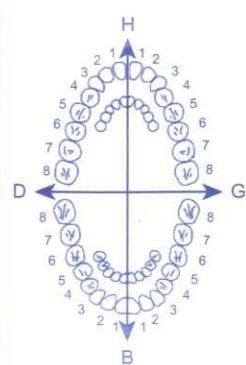
#### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Docteur Mohammed Berrada**

**Ophthalmologiste**

**Maladies et chirurgie des yeux**

**Medecin Agrée pour la visite**

**Médicale d'aptitude à la conduite**

**Correction de la myopie au laser**



**الدكتور محمد برادة**

**اخصائي في أمراض وجراحة العيون**

**طبيب معتمد للفحص الطبي**

**للقدرة على السياقة**

**تصحيح الميوبية بالليزر**

Casablanca, le ..... 19 OCT. 2022 .....

**MELLIANI Bodie**

lunettes

**OD = (170, - 15) + 1**

**OG = (100, + 0,50) + 0,75**

**mes = OD G - odd + 1,50**

**OPTI PLUS**  
 351 Bd. Mustapha el Maâni - CASA  
 tél: 0522 47 65 89 / 00 40 41 0522 47 65 89  
 ICE : 0005221520C0070

**Dr. BERRADA Mohammed**

**OPHTHALMOLOGISTE**  
 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rte ACAPULCO  
 Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
 E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40/41 - الهاتف : E-mail : berrada.hamid@gmail.com

# OPTI PLUS

351, Bd Mustapha El Maani  
CASABLANCA  
Tél : 0522 47 65 89 / 90

Patente : 34202492  
R.C : 94455  
I.F : 01050714

**Facture N° :** 1487 ( 2022 ) **Date :** 14 / 11 / 2022

M<sup>c</sup> : MELLAMI BARISS

	DESIGNATION	Montant
1	<u>Montures</u> : Mchelipu	1500,00 DH
2	<u>Verres</u> : 210 presbyt. form flu bleu diamet 16 sup. Ant. Neg. cl 4,05	
	OD : ( 170 + 1,50 ) + 1,02	2003,02 DH
	OG : ( 170 + 0,50 ) + 0,75	2009,00 DH
	ADD : + A.S.O.	
	 <u>Autres</u> : 351, Bd. Mustapha El Maâni - CASA tel: 0522 47 65 89 / 0522 47 65 89 ICE : 000522152000070	
		Total a payé (ttc) 5509,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille cinq cent dirhams

Aucun retour de marchandises ne sera accepté après la livraison.