

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6169 Société : retraite

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JAMIL ABDELGHANI

Date de naissance : 18-09-1961

Adresse : 14 rue Ahmed Kadmiri, Kalfouri, Maarij

Tél. : 0661396328 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : SEBDI Fouzia Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie canalaire

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 : .....

Le : ..... / .....

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
14/11/19	Consultation		300,00 HTS	DR BOUTAFIA Salimou Sarr Nadiha Lamine Omar Ndiash Mame Cheikh Diop Mame Ibrahima Diop Mame Ibrahima Diop Mame Ibrahima Diop Mame Ibrahima Diop
20				
22				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

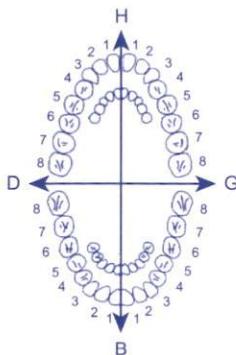
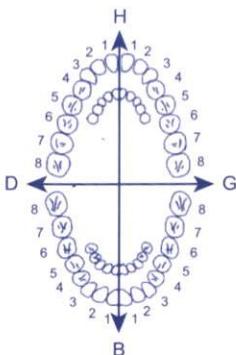
Cachet et signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PT. SIELE BLO Moudi Boukita Blo anca - tel: 0625123456	30/11/2022					PL 2800,00 F.

## **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														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G	00000000		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
<hr/>																		
B	35533411	11433553																
G	00000000																	
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

# Optique Le Beau Coin



FACTURE N° 000 5273

Casablanca, le : 30/11/2022

Mr : JEBDI Fenzia

VL :

OD : +1,25 (-0,25 à 165<sup>°</sup>)

OG : +1,25 (-0,25 à 122<sup>°</sup>)

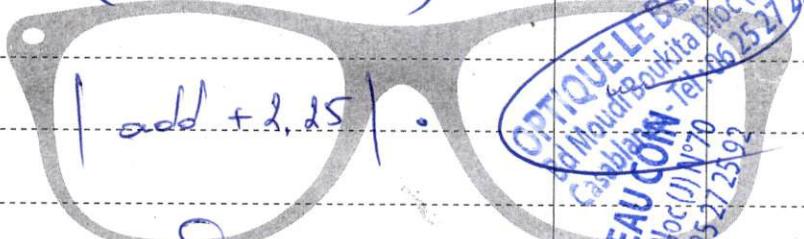
CV :

OD : | add +2,25 | .

OG :

Monture : Optique

Verres : Progressives progressif AR.



OPTIQUE LE BEAU COIN  
Bd Moudibokita Bloc (j) N° 70  
Casablanca Tél. 06 25 27 25 92  
00,00 f

INPE : 001719172 TOTAL : ₦ 200,00 f

Arrêtée La présente Facture à la Somme de :

mille huit Cents DHS \_\_\_\_\_ espèces

Bd Moudibokita, Bloc (j) N° 70 - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - RC : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087



**Dr. Lina Boutaqbout**

Spécialiste des maladies & chirurgie des yeux  
أخصائية طب و جراحة العيون

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Réfractive et de Chirurgie de Cataracte par Phacoemulsification - TOULOUSE

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Vitréo-rétinienne - BORDEAUX

Diplôme interuniversitaire de Pathologies Rétiniennes. Lariboisière - PARIS

Diplôme interuniversitaire de Contactologie - PARIS

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

دبلوم جراحة المياه البيضاء و تصحيح البصر بالليزر - تولوز

دبلوم جراحة الشبكية - بوردو

دبلوم أمراض الشبكية والسكري - باريس

دبلوم العدسات اللاصقة - باريس

**14 novembre 2022**

**Mme JEBDI Fouzia**

### ORDONNANCE

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.25 (- 0.25 à 165°)

OG = + 1.25 (- 0.25 à 122°)

VP : ODG = Add : + 2.25



زنقة البشير لعلاج و شارع عبد المؤمن، إقامة اوشمان، الطابق الاول، الرقم 3، الدار البيضاء • محطة عبد المؤمن

9 rue Bachir Laalej & boulevard Abdelmoumen

Résidence Oushmane, 1<sup>er</sup> étage, n° 3, Casablanca - Maroc • Arrêt : Station Abdelmoumen

0522 259 011 • Urgences : 0669 854 854 • contact@linaboutaqbout.ma

Patente : 34700268 - IF : 25035038 - CNSS : 1088939 - ICE : 002038100000079

[www.ophtalmologiste.ma](http://www.ophtalmologiste.ma)