

# 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 : 5.B.0 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 179  
 Nom & Prénom : HRAR Boudair  
 Date de naissance : 1941  
 Adresse : 19. Bellevue N° 143 Sidi Abdellah  
 Tél. : 062886529 Total des frais engagés : 25000.45, Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
  
 Date de consultation : 22/11/22  
 Nom et prénom du malade : LaHRAR Fakima Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Refraction  
 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 : ..... Le : 10/11/22  
 Signature de l'adhérent(e) : LaHRAR  


## EXECUTION DES ORDONNANCES

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

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

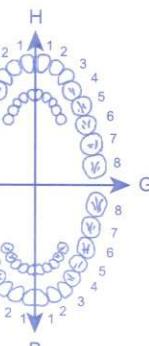
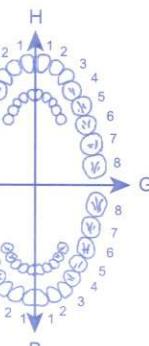
| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|  |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| K-ON/OPTIC<br>MADE. KHAOLA<br>Opticien - Optométriste<br>12 Bis Rue 10 Hay Mly. Abdell<br>... Chock Casa | 10/12/2022        |        |    |    |    | 32500                              |

## 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      |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|    | <p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">D</td><td style="border-top: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> |                  |             | 25533412                | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| D   | G   |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |                         |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|  | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|   |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
|   |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |          |   |   |          |          |          |          |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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



K-ONE OPTIC  
AYAD EL KHAOULA  
Opticien Optométriste  
22 bis Rue 20 Chock Casa - Hay Mly. Abdellah

INPE:095023958

ICE: 002270067000066

Facture N° 00801

Date-le: 10/12/2022

Docteur: MOHAMED BOUZZA

Mr (e): FATIMA LAHRAR

|   |          |  |
|---|----------|--|
| 1. Monture: optip re                          | \$122,00 |  |
| 2. Verres: optip -2,00/-0,75/-0,75 U.L ed.V.R |          |  |
| Vision de Loin:                               |          |  |
| OD: (65 - 0,75) - 1,00                        | \$122,00 |  |
| OG: (115 - 1,00)                              | \$122,00 |  |
| Vision de Prés:                               |          |  |
| OD: .....                                     |          |  |
| OG: .....                                     |          |  |
| ADD: +2,00                                    |          |  |

Paié en espèce

Arrêtée la présente Facture à la somme de: 122,00

Deux Mille Douze Dirhams

RC:436474 / IF:31900763/ TP:34000981/ ICE : 002270067000066 /  
INPE:095023958

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

22/11/2002  
Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant MOHAMED BOUJAZZA  
Oculométrie  
KHOUJA Mme Abdellah  
Mme Fatima Lahfar

Lunettes de Correction + VAT

VL ( OD: -2,00 (-0,75 à 65°)  
OG: (-1,00 à 115°)

UP add +2,50 OD G

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
Professeur Assistant MOHAMED BOUJAZZA  
Oculométrie  
131205894