

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 8193 Société : 154596

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HARRACH YANIS Pholam Rita

Date de naissance : 01/07/1974

Adresse : Terrasses de Bousskoura 1mm 10 apt 1  
ville verte

Tél. : 066.133.42.17 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/03/2023

Nom et prénom du malade : Harrach Yanis Age: 11 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Se blesse à la hanche

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 : Casablanca Date : 06/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 06/03/2023

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
* OPTIQUE * OPTICIEN OPTOMÉTRISTE * Bd Kods Inara II N°23 Ain Chock Casablanca	8/3/13					1800,-

## **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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of numbers from 1 to 8 around a central point labeled H. The numbers are arranged in a pattern: 1, 2, 1, 2 at the top; 3, 4, 3, 4 on the right; 5, 6, 5, 6 on the bottom; 7, 8, 7, 8 on the left. A vertical arrow points upwards through the center, labeled D below it. A horizontal arrow points to the right through the center, labeled G to its right.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# AL HORRIA OPTIQUE

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



# بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 00177430000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0006367

Docteur : KHAHALLY HENNI  
Mr. : HARRACH YONIS

## Nomenclature :

Montures :	VL .....	<i>optique</i>	800,-
	VP .....		

Type de verres :	<i>guyonique</i>	

## \* VISION DE LOIN :

OD :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....	500,-
------	-------------	-------------	-------------	-------

OG :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....	500,-
------	-------------	-------------	-------------	-------

## \* VISION DE PRES :

OD :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....	
------	-------------	-------------	-------------	--

OG :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....	
------	-------------	-------------	-------------	--

Add : .....

= 1800,-



Total : 4.Pk n.f. ced. n.f.

Date : 8.13.1993



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



220709174526ME

ORDONNANCE 06 mars 2023

Enf. HARRACH Yanis

Bouskoura, le :

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = Plan

OG = Plan



Hôpital Universitaire International Mohammed VI  
Pr. Assia et El Hafsi Y. Mehdi  
Ophtalmologie  
091266718