

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16.17 Société : Retraite

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M. GARS MOHAMED 161149

Date de naissance : 01.01.1950

Adresse : IM. FG A pt 2C RESIDENCE ELWAHDA - BERRAH 13

.....0522 3256 83

Tél. : 06 74 74 7768 Total des frais engagés : 2580,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/01/93

Nom et prénom du malade : M GARS MOHAMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : visite de réfection

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 18 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) : MM



### 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
21/04/23	C	200 DH		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/04/23	80,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
	21/04/23					10000,00

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
</td				

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

اختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

21 avril 2023

Mr. MGARS Mohamed

80,00

NAVITAE: collyre



Pharmacie Alia

Bd Med V , Cité Al Wahda - imm.  
Locaux N°4 et 5 . Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 38



DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTHALMOLOGISTE  
APT 5, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

21 avril 2023

Mr. MGARS Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 1.50 (- 2.50 à 155°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 170°)

VP : ODG = Add : + 3.00

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE AD'L**  
Opticien Optométriste  
Bouchemaine Berrechid  
Tél : 0525 22 03 54 95 - Fax : 0525 22 03 54 95

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTHALMOLOGISTE  
B.P.T.C.5, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra  
OPHTHALMOLOGISTE  
B.P.T.C.5, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7, Berrechid, Maroc  
Tél : +212 5 22 03 54 95  
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

---

Apt 05, 2<sup>ème</sup> Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

**BERRECHID LE : 13/05/2023**

**MGARS MOHAMED**

**FACTURE N°567/2023**

<b>QTE</b>	<b>Description</b>	<b>PU (TTC)</b>	<b>Montant (TTC)</b>
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES PROGRESSIFS BLANCS+ANTI REFLET	800,00	1 600,00
OD ( 155° -2,50 ) +1,50 OG ( 170° -0,25 ) -0,25 add+3,00			<b>2 300,00</b>

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

