

## 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6417	Société :	R.A.M.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>MOUSSIM OTHMANE.</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
<i>MOUSSIM OTHMANE.</i>		22 - 10 - 1963.	
Adresse :		<i>habituelle</i>	
Tél. :		066 146 1838	
Total des frais engagés :		1000,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

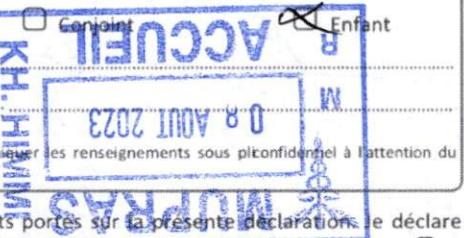
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <i>18/7/23</i>	
Nom et prénom du malade : <i>Joussen ISMAÏL</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Age : <i>14 ans</i>	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas 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 : *04/07/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



### 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
18/07/23	Ca. Sult. 1.5	300,00		INP : 091123386



### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/07/23	optique				700,00



### 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	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433562 00000000 11433593
D	G
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

**CASABLANCA LE 18/07/2023**

## **NOTE D'HONORAIRE**

RECU DE ..... MOUSLIM ISMAIL .....

La somme de : ..... **300.00 DHS** .....

en paiement de note d'honoraires :

CONSULTATION                            300 DHS



**MARZOUK OPTIQUE**

N40 Rue 6, Haj Fatah – Casablanca  
Tel : 05 22 90 00 42



DATE : 24/07/2023

**FACTURE 196****CLIENT : MOUSLIM ISMAIL**

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 407

OG : 407

DESIGNATION	PRIX TTC
Verre 1D organique 1.57 anti lumiere bleu jaben lens	350,00
Verre 1G organique 1.57 anti lumiere bleu jaben lens	350,00
Monture 1	
Verre 2D	
Verre 2G	
Monture 2	



**TOTAL TTC** 700,00  
**TOTAL HT** 583,33  
**TVA** 116,67

Arrêtée la présente facture a la somme de sept cents dirhams



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Docteur Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

الدكتورة مياره نزهة  
اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

18 juillet 2023

Enf. MOUSLIM Ismail

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = - 3.25 (- 0.75 à 10°)

OG = - 2.25 (- 1.25 à 160°)

