

# 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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0013412

17/8/09

<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>	
Matricule :	0536
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : TAZOUT LHOUSSINE	
Date de naissance : 01/01/1946	
Adresse : HAJ SMARA I Rue 21 av 8 CASABLANCA	
Tél. : 066 20 87 24 9	Total des frais engagés : 3772,00 Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 07/08/2019	
Nom et prénom du malade : DR TAZOUT LHOUSSINE	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affectation de la peau	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.	

10 AOUT 2023

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** **Le : 10/08/2019**  
 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
07	08 09/04/11		250 HT	<i>TA logis rue Chateaubriand 44260 0522-28000</i>
03				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hay el Inayat Avenue Laskhar Télé: 0522 50 50 50 Casablanca	07-08-2023	22,-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

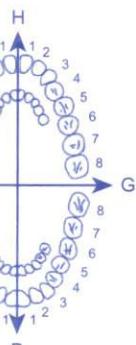
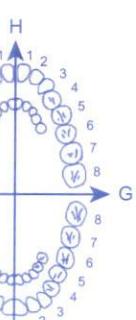
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
K-Optic Ayad El Kadi INPE 095022958 102 Bis Rue 50 Hay My Ain Chock Casablanca	2024-08-23					Ayad El Kadi INPE 095022958 102 Bis Rue 50 Hay My Ain Chock Casablanca
	08/08/23					3500,- Dhs

## 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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Facture

N° 003303

Casblanca

: 08/08/2023

Mr (e)

: TAZOURI HASSINE

N° de Nomenclature :

: 1 AHIRI

Docteur

2x Monture :	optique		1500,-
4x Verres :	Progressif		2000,-
vision de lion :			
OD :	1,25 (+2,8 = 10)		
OC :	0,85 (-2,00 = 8)		
ADD :	+3		
		Total	3500,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

K-One Optic

Ayad El Khaoula

INPE: 095023958

102 Bis Rue 50 Hay Mly. Abdellah  
Ain Chock Casablanca 20470

1013 TJD les  
c-Optical.

pouya ESSICZ

Docteur Hicham TAHIRI

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser



الدكتور هشام طاهري

اختصاصي في أمراض  
 وجراحة العيون

## ORDONNANCE

Casablanca, le : ٠٨-٠٨-٢٣ الدار البيضاء، في:

TAHIRI

Hicham TAHIRI

Optic

Ayad El Mahaoula  
INPE 095023958  
102 Bis Rue 30 Juiy  
El Echek Casablanca 20470

L'opticien

CV CV

-1,25 (-2,25-10)

-0,25 (-2,0-9)

+1+3,00vp

VR

Acupressure

+1+25



22°

Dr. Hicham TAHIRI  
Ophtalmologiste  
Bd Beni M'Guild Rue Chiadma  
Derb Bouchentouf N° 44 2<sup>ème</sup> Etage  
Casablanca. Tél: 0522 28 01 01

شارعبني مكيل - زنقة الشياضمة درب بوشنوف - رقم 44 الطابق الثاني الدار البيضاء الهاتف : 05 22 28 01 01

Bd. Beni M'guild - Rue Chiadma Derb Bouchentouf - N° 44, 2<sup>ème</sup> Etage Casablanca - Tél.: 05 22 28 01 01