

# 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 : 04943 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : A71962

Nom & Prénom : Bonjelloun Zahra

Date de naissance : 20/07/1960

Adresse : 113 Rue el Foufah Mezhip

Tél. : 0661495686 Total des frais engagés : 3900 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. ASRARQUIS Abdelghani  
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE  
Angle Bd. Bir Anzarane, Rue de Libye  
6ème Etage N°46, Maarif Casablanca  
Tél.: 0522 95 11 11

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/08/23

Nom et prénom du malade : MAUTAKI ABDELAH Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection

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 : 02/08/2023

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
02			300 m	
03	S			
04				
23				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

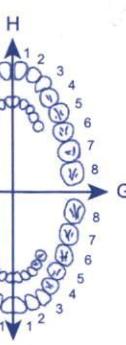
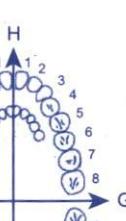
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/01/97		<i>Amelie</i>			3600,-

#### **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														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>	
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
		<p>Coefficient des travaux</p>																
		<p>Montants des soins</p>																
		<p>Date du devis</p>																
		<p>Date de l'exécution</p>																

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

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

# AL HORRIA OPTIQUE

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



# بصريات الحرية

عن الثقة، 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.

0005253

Docteur : Abdelghani A.S.R.anguis  
Mr. : Abd elouahed Touitiabi

## Nomenclature :

Montures :	VL .....	Optique	600,-
	VP .....		
Type de verres :		Optique progressif	

## \* VISION DE LOIN :

OD :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....	40,75	1500,-
OG:	Axe : 90	Cyl : 0,25	Sph : .....	40,75	1500,-

## \* VISION DE PRES :

OD :	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....
OG:	Axe : .....	Cyl : .....	Sph : .....



Add : 13,15

= 3600,-

Total : ..... 11.8.173

Date : 11.8.173

**Docteur Abdelghani Asrarguis**

15 Ophtalmologiste

Angle Bd Anzarane Et Rue De Libye

4 Ème Étage N°46 - Maarif

20450 CASABLANCA

Tél. 0522951111

233 2 123456 1 2 3 4 - RPPS 123456789

Casablanca, le 2 août 2023

Abdelouahed MOUTTAKI



verres correcteurs

Vision de loin

OD +0.75

OG +0.75 (-0.25 à 90°)

Vision de près

add. +3.25 VP OD

add. +3.25 VP OG

Monture

VERRES PROGRESSIFS

PRESCRIPTION NON MODIFIABLE ET NON RENOUVELABLE  
ATTENTION LA FORMULE DE PRÈS EST UNE ADDITION

K

Dr. ASRARGUIS Abdelghani  
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE  
Angle Bd. Bir Anzarane, Rue de Libye  
4ème Étage N°46 Maarif Casablanca  
Tél. 0522 95 11 11

La puissance de vos verres correcteurs a été établie par votre ophtalmologiste qui en prend la responsabilité. Il est vivement conseillé que la réalisation de vos lunettes soit faite par un opticien diplômé. Cette réalisation comporte le conseil pour le choix de la monture, les prises de mesures précises nécessaires au montage (la mesure de l'écart pupillaire ne suffit pas), le montage des verres, et l'adaptation des lunettes lors de leur livraison.

Membre d'une association de gestion agréée - Le règlement des honoraires par chèque ou carte de crédit est accepté