

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : <u>1698</u>	Société : <u>R.A.M</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>BEL GHITI Mohamed</u>	
Date de naissance : <u>01-07-1951</u>	
Adresse : <u>Hst AP Adarissa N° 136 Sidi Daâaafessa</u>	
Tél. : <u>06 14 43 24</u>	Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>04/10/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>BEL GHITI Mohamed</u>	Age : .....		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Affection Orale</u>			
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 : casab

Le : 02/10/2023

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
01.01.23	C.		350,00	<i>Richard NAJID Opticien Optométriste Rés. Néf. A 3ème Etage 16, Bd Al Oodh et Bd Abou Bakr Télé: 05 22 78 52 00 IN P. OGM KHALFI - cas</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>OPTIC KHALFI Opticien Optométriste Agrée Coopérative Echabab 1er N° 113 - DEROUA</i>	10.10.2023	<i>Optic Khalifi Montant: 014,00 L.I.P. Optique Echabab 1er N° 113 - DEROUA</i>

### 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	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



# الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

04 octobre 2023

Mr BELGHITI Mohamed

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Amincis, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

$$OD = + 1.25 (- 0.25 \text{ à } 85^\circ)$$

$$OG = + 1.25 (- 0.75 \text{ à } 105^\circ)$$

Vision de près :

$$ODG = Add : + 2.75$$

Dr Siham NAJID  
Opticien Optométriste Agrée  
N° 137 DEROUA  
OPTIC KHALFI  
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Ma...ouf - Cas.  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés Nada A 3ème Etg en Face  
Tél : 05 22 78 78 07

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. Collaboration 'A' 3éme étg en face Rond point  
al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القاديри، !قامة تعاون "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

# Optic Khalfi

Opticien Optométriste

N° 002401 Date : 10/10/2023

Nom : Belghiti Mohammed  
 Docteur : NAGID Siham  
 N° de Facture:

		Prix
VL	OD : +1,25 (-0,75 ± 80) OG : +1,25 (-0,75 ± 100)	
VP	OD : Add +2,75 (0) by OG : Expressif Adapta Indo	
Verres	Filtre Bleu	30000Dhs
Monture	optique	4000Dhs
	Total :	34000Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Three mille Sept Cents Dhs

PAYÉ EN ESPÈCES

Cachet et Signature :

OPTIC KHALFI  
Opticien Optométriste Agrée  
Coopérative Elhabab 1er

113 Lotissements echabab 1<sup>re</sup> tranche DEROUA — DEROUA

Patente N° 55802232 / RC: 21012 / IF: 20712014 / ICE: 001844556000086