

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W21-826941

<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>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>8390</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>SENBALI MUSTAFA</b>
Nom & Prénom : <b>SENBALI MUSTAFA</b>			
Date de naissance : <b>13.11.1945</b>			
Adresse : <b>Habtuelle</b>			
Tél. : <b>0661192979</b> Total des frais engagés : <b>4450</b> DHS			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :  <b>Dr. Maitka BOUKSIM OPHTALMOLOGISTE Bd Oum Rabib Rés. Al Firdous Imme. L30, Etagé 1, Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 91 41 11 IMPE : 091165167</b>			
Date de consultation : <b>13/11/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>SENBALI MUSTAFA</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>conjonctivite</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>malade</b>			
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 : **22/11/2023** Le : **22/11/2023**  
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
<i>13/02/23</i>	<i>5</i>		<i>20000</i>	<p><b>DR. JAHNIS BOURASIM</b> OPHTHALMOLOGISTE Bad Oum Rabib Résidence Boulevard L30, Etage 1, Oujda - Casablanca Tél: 05 22 93 41 11 INPE : 091165167</p>
<i>13/02/23</i>				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Rokneddine Redouane Opticien ANNAJAH Bd. Moudibou Kalifa Bloc "C" N°21 CASABLANCA	15/11/23					4200 DH

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

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوعسيم مليكة**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر.....

Casa le : **13 novembre 2023**

**Mr SENBALI Mustafa**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

$OD = + 3.00 (- 2.75 \text{ à } 70^\circ)$

$OG = + 2.50 (- 2.00 \text{ à } 95^\circ)$

Vision de près :

$ODG = \text{Add} : + 2.50$

~~Rokened Opticien  
Opticien A. KAJAH  
Bd. Moudouane Bloc 'C' N°27  
CASABLANCA~~

**OXYAL: collyre**

1 goutte 3 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

*Dr. Malika BOUKSIM  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Résidence Al Firdaous  
Imm. L30, Etage 1, Oulfa Casablanca  
Tél.: 05 22 91 41 11  
INPCE: 09116857*

Lunette ANNAJAH

نھارات النجاح

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi



ركن الدين رضوان الإدريسي

Bd. Moudiboukeita, Bloc G

N° 27 - Casablanca

Rég. Com N° : 352640

Patente N° : 36612796

I. F : 45525250

ICE : 000885051000058

GSM : 06.64.27.21.94

N° 0002574

شارع موديبو كيتا، بلوك ج

رقم 27 - الدار البيضاء.

السجل التجاري : 352640

بتنا رقم : 36612796

الضريبة : 45525250

000885051000058 : ICE

06.64.27.21.94 المحمول:

Casablanca, le 15/11/23

M. SENBALI Mustafa..... Doit

Docteur Mahika Banksim

Nomenclature N°

VL OD : cyl sph +3,00 (-2,75; 70°)

OG : cyl sph +2,50 (-2,00; 95°)

VP OD : cyl sph +2,50

OG : cyl sph +2,50

Verres : progressifs organiques AR 2700

Montures: Montale 1500

Facture arrêtée à la somme de : quatre Mille 4200  
deux cent dix-huit francs.

Rokeneddine Redouane  
Opticien ANNAJAH  
Bd. Moudiboukeita Bloc C° N°27  
CASABLANCA

O OG