

# 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="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23- 0022831

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8768** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL HALKI BERRA DA NED KARIM,**

Date de naissance : **29-10-67**

Adresse :

Tél. : **0661157264** Total des frais engagés : **570,-01 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **/ /**

Nom et prénom du malade : **Vice de refraction** Age : **56 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

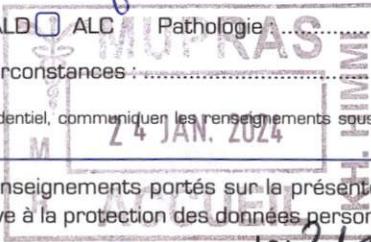
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : **CMCA**

Le : **24/01/2024**

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
15 01 24	63		300	Dr NEMANIC NICHAL Optimirogus Résidence Mawid XI Guelmim - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	22/01/24					OPHTALMO CENTRE VISUEL DU HAIR

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(réation, remont, adjonction)

uel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE VISUEL CFO ZOUHAIRE

Facture 0004422

Casablanca le : 22/01/2024

Mr : EL MAZKI BERRADA Med Karima

Type des Verres : organique Antireflets  
Hoya, OJ

Monture :

Vision de Loin :

OD : CYL -1,50 AXE 120° SPH +2,50

OG : CYL -1,50 AXE 135° SPH -3,00

Add : +2,50

Vision de Prés :

OD : CYL ..... AXE ..... SPH .....

AXE ..... SPH .....

OG : CYL ..... AXE ..... SPH .....

AXE ..... SPH .....

TOTAL : CYL ..... AXE ..... SPH .....

OPHTALMOMETRIE ..... SPH .....

ZOUHAIR ..... SPH .....

ARRÊTÉE la présente facture à la somme de : .....

Cinq mille quatre cent DH

Ahlam Sakan, Residence 4, Imm 4 Magasin 13 Sidi Moumen Anassi - Casablanca

GSM : (+212) 06 65 42 63 44 - Patente : 33007359 - IF : 96600069

RC : 451674 - ICE : 003010396000070 - INPE : 065040123

الدكتور بناني هشام

Docteur L. BENNANI Hicham



Ophtalmologue

Echographie - Laser - Angiographie  
Chirurgie de la cataracte aux U.S

Ordonnance

Casablanca, Le:

15/01/24

Dr BENNANI HICKAM  
Ophthalmologue  
Résidence Mawlid XI  
Sidi Maârouf Casablanca

EL MALKI  
BERRADA Med KARIM

Vues extérieures Anti réflex Bleu UV  
2 Monture -

VL OD = (-0.25 à 135) + 0.75  
OGE = (-0.50 à 130°) - 1  
ADD + 250

Dr BENNANI HICKAM  
Ophthalmologue  
Résidence Mawlid XI  
Sidi Maârouf - Casablanca



Résidence Mawlid XI - Route 1029 - Sidi Maârouf A2 - 21 A2 - 22 - 2<sup>ème</sup> étage

Tél : 05.22.32.19.07 - 05.22.97.23.11 / 05.20.91.01.13 - Casablanca

E-mail : bhicham2003@hotmail.com