

# 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.



Déclaration de Maladie  
M23-0017906

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1617 Société : RETRACTE  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 192620  
Nom & Prénom : M. GARS MOHAMED  
Date de naissance : 01.01.1950  
Adresse : IM. F.G. APT 2C RESIDENCE EL WADIA  
Tél. : 06.74.74.77.68 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/24  
Nom et prénom du malade : SARTI Age :  
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 : CAS Le : 25/01/2024  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ 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
17/01/2024		C	970 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

**Pharmacie Alla**  
Med. : 05 22 32 48 38  
Locaux : 05 22 32 48 38  
Tél : 05 22 32 48 38

17/01/2024

157,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

*(Faint watermark text)*

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

AM    PC    IM    IV

**OPTIDINE**  
KARIM MEDICAL  
Opticien - Optométriste  
5 lot Essahel Hassan II Berrechid  
Tél : Fax : 05 22 32 48 38

25/01/24

2309,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

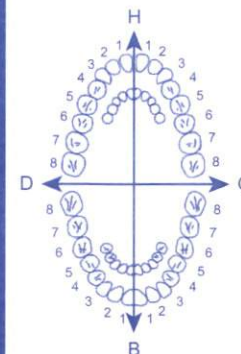
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

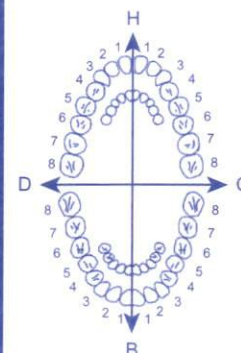
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

17 janvier 2024

Mme SARTI Saida

15700.

THEALOSE collyre



1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Pharmacie Alla

3d Med V, Cité Al Wahda mm.  
Locaux N°4 et 5, Berrechid  
Tél : 05 22 32 48 38



Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
Ophtalmologue  
48, Bd Med V Etage 2 - Berrechid  
(Au dessus de snack Istanbul)  
Tél : 05 22 03 54 95

48, Boulevard Mohamed V - étage 2 (Au-dessus de Snack Istanbul) - Berrechid - Maroc

Tél. : +212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - docteurbenotmanefz@gmail.com



17 janvier 2024

Mme SARTI Saïda

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.75

OG = + 1.25 (- 0.50 à 55°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

OPTIDINE  
KARIMEDDINE ADIL  
Opticien Optométriste  
Essafi Bd Hassan II Berrechid  
Tél. Fax 05 22 53 32 61

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
Ophtalmologue  
48, Bd Mohamed V - étage 2 (Au-dessus de Snack Istanbul) - Berrechid  
Tél : 05 22 03 54 95



5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 25/01/2024

MME SARTI SAIDA

**FACTURE N 148/2024**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS	800,00	1 600,00
TOTAL			2 300,00

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE TROIS CENT  
DIRHAMS**

