

# 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 : 16.17 Société : Retraite  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 192620  
 Nom & Prénom : M. GARS MOHAMED  
 Date de naissance : 01.01.1950  
 Adresse : IM. F6 Apt 2C RESIDENCE EL WAHAD  
 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 : SARITA Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Mal de refleture  
 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.

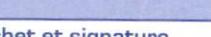
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAB Le : 25/01/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/01/24	C		2700 DT	Dr. BENG BENGA Med V Etage 2 Tél: 05 22 12 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
hannache Alia Med. Dr. Dr. Nada imm. N° 215. Berechid 22 48 38	17/01/2024	157,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
	25/01/24					9300,00	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> Nature des Soins Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX													
<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>															
<b>FIN D'EXECUTION</b>															
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
		H	25533412	21433552											
		D	00000000	00000000											
		B	00000000	00000000											
		G	35533411	11433553											
<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
<b>DATE DU DEVIS</b>															
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>															

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في  
أمراض و جراحة العيون

17 janvier 2024

Mme SARTI Saida

157,00.

THEALOSE collyre



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



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

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
48, Bd Med V Etage 2 - Berrechid  
Au dessus de Snack Istanbul  
Tél. : 05 22 03 54 95  
C. Pharmacie Alla  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH



17 janvier 2024

Mme SARTI Saida

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 : 05 22 53 32 61  
Fax 05 22 53 32 61

Dr. Fatim Ezohra BENOTMANE  
48, Bd Mohamed V, 10000 Casablanca  
Tél : 05 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - docteurbenotmanefz@gmail.com

# OPTIDINE

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
<b>TOTAL</b>			<b>2 300,00</b>

INPE 065002248

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

