

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

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

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.

|  |  |   |                                 |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie         | <input type="checkbox"/> Dentaire      | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)           |  |   |                                 |
| Matricule : 4674                         | Société : MUPRAS RECEPTION RAM Ag 300A |   |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif           | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)  | <input checked="" type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : HAMOUCHE Mohamed          |  |   |                                 |
| Date de naissance : -01-06-1959          |  |   |                                 |
| Adresse : Casablanca EL Maâfa N°81 Deraa |  |   |                                 |
| Tél. : 0660049827                        |  | Total des frais engagés : ..... Dhs         |                                 |

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| Cachet du médecin :    |  |  |  |
| Date de consultation : 04 Jan 2024  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : CHAFI L CHAVNOU Age: .....  |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : affection cœur   |  |  |  |
| 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 : Deraa Le : 04/01/2024  
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                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04 Janv 2024    |                   |                       | 200,000                         |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <p><i>LA PHARMACIE REGIONALE</i><br/>Dr. Saad BEN ALLOUN<br/>Imm. 94, 1000 BRUXELLES N° 4-DER<br/>Tél. 02 22 51 21</p> | 14.01.24 | 89,50                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien                   | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| DR. C. O. P. 11<br>OPTIONERISTE<br>10 - deroua nouesa | 25/02/2024        |        |    |    |    | 128000<br>112                      |

#### BELEVE 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

| SOINS DENTAIRES              |  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |  |                  |             | Coefficient des travaux |
|                              |  |  |                  |             | Montants des soins      |
|                              |  |  |                  |             | Début d'exécution       |
|                              |  |  |                  |             | Fin d'exécution         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                  |             |                         |
|                              |  | $  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  D & 00000000 & 00000000 \\ \hline  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $ |                  |             | Coefficient des travaux |
|                              |  | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                  |             | Montants des soins      |
|                              |  |  |                  |             | Date du devis           |
|                              |  |  |                  |             | Date de l'exécution     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

04 janvier 2024

Mme CHAFIL Ghannou

89  
OCUYAL C



1 gttre 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BEN MELLOUN  
Imm. 94 Lot 25 N°4 DEROUA  
Tél. 0522 21 47 23

**Dr. RACHA ELBAKKAL**  
Ophtalmogiste

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lasers - Lentilles de Contact

Échographie, OCT et lasers



**الدكتورة رشا البقال**  
طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب  
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

أمراض الشبكية

تصوير الشبكية - الليزر

## ORDONNANCE

04 janvier 2024

Mme CHAFIL Ghannou

Monture pour vision de près + verres correcteurs  
antireflets

VP : ODG = + 2.50

~~BOURIZZI OPTIQUE~~  
~~OPTICIEN BOURIZZI ALI~~  
~~Bloc (f) N°10 - deroua nouasseur~~

تجزئة نبيلة ، مخلف رقم 338 ، الطابق الثاني - étg N°2

Lotissement Nabila, Makhlouf N°338, الطابق الثاني - étg N°2



05 22

03 11 11



rachaelbakkal@gmail.com

# BOURIZ OPTIQUE

Bloc Q N° 10 Deroua Berrechid  
Patente : 55804310 / RC 11938  
ICE : 001302120000022

Le 25/02/2024

INPE : 065028664  
Bouriz Ali

Facture N° 00405

Nom CHAFIL GHANNOU

Vision de loin

Vision de Prés

Varilux

|  |  |
|--|--|
| OD .....<br>OG .....<br>+ 2,50<br>+ 2,50 | ADD .....<br>OG .....<br>OD .....<br>OG .....<br>..... |
|--|--|

|  |  |        |
|--|--|--------|
| Monture: MÉTAL   |  | 800,-  |
| Verres: VERRES-AVIS<br>ANTIREFLETS   |  | 200,-  |
| BOURIZ OPTIQUE<br>BOURIZ ALI<br>OPTICIEN-OPTOMETRISTE<br>N°10 deroua nollasser |  |        |
| TOTAL: 1000,-  |  | 1000,- |

La présente facture arrêtée à la somme de :

MILLE DIX FRANCS HAMAS