

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



193864

Déclaration de Maladie : N° P19-0015665

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 006327 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HANDANE RACHID Date de naissance : 28/04/1965

Adresse : .....

Tél. : 0522912177 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/01/2024

Nom et prénom du malade : HANANE RACHID Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vit de rhum .....

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 : ..... Le : 02/02/2024

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
31.12.24	G	1	300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM		
	31/01/2024					

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

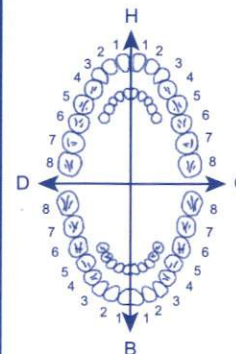
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

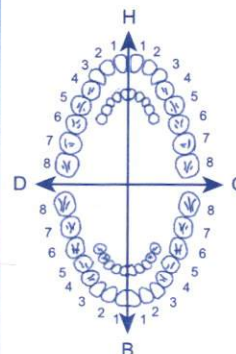
FIN D'EXECUTION

# 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

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie  
Laser - OCT - Strabisme - Lentilles de Contact  
Medecin agréée :  
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)  
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أشعة لازير  
طبيبة معتمدة :  
رخصة السياقة

Casablanca, le:

31-01-2024

الدار البيضاء، في

~~Dr. HAM OAWLS. RACHIS~~

PRABESLAH  
A. H. H.

(R) op: (90° - 0,75) + 2/50

op: (75° - 1) + 2/75

+ 2/50

op: 6

**NITIDA OPTIC**  
Opticien Optométriste  
Riad Al Oulfa Group 6 Imm E8  
Mag N°204 - Casablanca -  
Tél: 05 40 14 94 99  
INPE: 095007357

DR EL ALAOUI BAHJA  
OPHTALMOLOGUE  
105, Bd. Afghanistan  
Hay Hassani Casablanca  
Tél: 0522 93 32 66



## NITIDA OPTIC

Riad OulfaGh 6 IMM E8 MAG 204-CASA-

FACTURE N° : 009004/2024

Casablanca, le : 31/ 01 /2024

Mr/Mme/Mlle : **HAMDANE RACHID**

N° de Nomenclature : .....  
Docteur : EL ALAOU BEN HACHEM BAHJA

Monture : .....Optique.....	.....1800,00.....
Verres : ProgOrgAr Amincis	
OD : +2,50(-0,75 à 90°)	.....3000,00.....
OG : +2,75 (-1,00 à 75°)	.....3000,00.....
Add : +2,50	.....
OD :	.....
OG :	.....
<b>NITIDA OPTIC</b> Opticien Optométriste Riad Al Oulfa Groupe 6 Imm E8 Mag N°204 - Casablanca - Tél: 05 40 14 93 69 INPE: 095007357	
TOTAL :	.....7800,00.....

Arrêtée la présente facture à la somme de : .....en espèce.....

.....**Sept Mille Huit Cents Dirhams** .....

ICE: 000010525000035

INP: 095007357 RC:300435 IF: 14496209 Patente : 36616616