

## 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 canalaire, 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 canalaire.

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

N° W19-578567

AOKSO

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7809	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN MOUSSA YASSIN			
Date de naissance : 08/08/69			
Adresse : 19 Rue Jules Gros 00325			
Tél. :	0661210466	Total des frais engagés	Dhs
Cachet du médecin : DR. MOURADE FADIL			
74 Bd La Grand Casablanca Casablanca Appt 12 Etg 1 H tel. 05 22 61 24 53 INPE : 091049205			
Date de consultation : 29 NOV 2023			
Nom et prénom du malade : Abdi Saida Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Vis de Robert 2021			
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

21 FEV 2024

## **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
9 NOV 2023	C.		26294 Dr. 74 ABP	INP : [REDACTED] MOURAD EL RADIL Ophthalmologiste Bd La Grande Cimature Rés EL KHEIR 112 Eto 1 H.N. Tel: 05 22 61 24 52 - CASA INPE : 091049205

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

**OPTIQUE Houda MADDAB**  
Opticienne - Optométriste  
15, Rue Abou Sait Andalousie  
Bilbao - Tel: 0522 25 55 33  
INPE: 095021853

ADHERENT

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	$  \begin{array}{r}  H \\  25533412 \quad 21433552 \\  00000000 \quad 00000000 \\  \hline  D \quad G \\  00000000 \quad 00000000 \\  35533411 \quad 11433553 \\  B  \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. EL FADIL Mourad**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux



**الدكتور الفاضل مراك**

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Laser - Angiographie des Yeux

Lentilles de Contact - Strabisme

Membre Titulaire de la Société  
Française d'Ophtalmologie

أشعة الليزر - العدسات اللاصقة

تصوير شرايين الشبكة، طب الحول

عضو دائم بالجمعية الفرنسية  
لطب العيون

Casablanca, le: 29 NOV 2023 الدار البيضاء، في:

Abidi Saïda

**VERRES POUR LA VISION DE LOIN :**  
**+ MONTURE**

Oeil Droit : - 1

Oeil Gauche : - 1

**ADDITION VISION DE PRES :**

+ 1.50 006

Dr. MOURAD EL FADIL  
Ophtalmologiste  
74, Bd la Grande Ceinture 1<sup>er</sup> Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca  
INPE : 091048205

**O'PTICIA**  
Houda MADDAH  
Opticienne Optométriste  
15bis, Rue Abou Salt Abdaloussi  
Casablanca - Tél: 0522 25 55 55  
INPE: 090921853  
Urgent

Progressif

إقامة الخير 76، شارع الحزام الكبير الطابق الأول رقم 112 - الحي المحمدي - الدار البيضاء - (جانب قسارية عزيزة)

Résidence El Khair - 76, Bd la Grande Ceinture 1<sup>er</sup> Etage N° 112 Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 22 61 24 52 - (à coté du Kissariat Aziza)



**Mme ABIMI BENMOUSSA  
SAIDA**

Casablanca, 19/12/2023

Facture n°2023/12/19

Désignation	Qté	PU TTC	TOTAL TTC
<b>Monture :</b>	1	<b>2200.00</b>	<b>2200.00</b>
<b>Verre : Progressif fort indice 1.6 antireflets</b>	2	<b>2400.00</b>	<b>4800.00</b>
<b>OD : -1.00</b> <b>OG : -1.00</b> <b>ADD : +1.50</b>			
		<b>Montant TVA(20%)</b>	<b>1166.66DH</b>
		<b>TOTAL TTC</b>	<b>7000.00DH</b>

O'PTICIA  
Houda MADDAH  
Opticienne Optométriste  
15bis, Rue Abou Salt Andaloussi  
Casablanca - Tel: 0522 25 55 55  
INPE: 095021853

---

15 bis, rue Abou Salt Andaloussi, Maarif. Tel : 05.22.25.55.55 – 06.61.32.68.23  
RC : 26754 – IF : 26190014 – ICE : 002112932000028 – INPE : 095021853  
Mail : [opticia.maarif@gmail.com](mailto:opticia.maarif@gmail.com)