

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8688

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAHAB BI ABDELKARIM

Date de naissance : 22/01/69

Adresse : 348 GOLF CITY VILLEVALE BOUKAROUA

Tél. : 0661 41 26 99

Total des frais engagés : 1300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Dalila SBAI IDRISSE  
Ophtalmologue  
84, Bd Mouloud Mammeri  
Tél: 05 22 20 45 45

INPE: 091033100

Date de consultation : 11.6 MARS. 2024

Nom et prénom du malade : OUAHAB BI MALAK

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Nice refraction

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : .....

VOLET ADHERENT



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
06 MARS 2024	CST + FO	1	4000DH	INPE: 091033100 Dr. Dalila SBAI IDRISI Ophtalmologue 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 06 62 42 06 06

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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					
		A M	P C	I M	I V		
	9/3/01					900\$ H	

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>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DÉBUT D'EXÉCUTION				
FIN D'EXÉCUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXÉCUTION				

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

Laser - Lentilles de contact

بالأمواج فوق الصوتية

Phacoémulsification - Strabologie

تخطيط الشبكية الوعائي

Chirurgie réfractive

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le ..... 06 mars 2024 .....

Enf. OUAHBI Malak

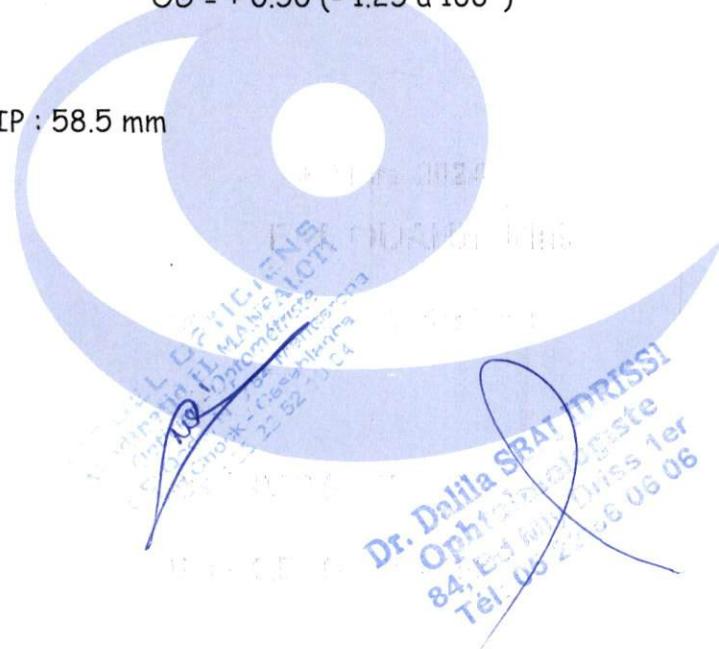
Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 8°)

OG = + 0.50 (- 1.25 à 166°)

EIP : 58.5 mm



لا يقبل أي تغيير لتاريخ الفحص

VISUEL



OPTICENS



FACTURE N° : 75/2024

LE 09/03/2024

Client : OUAHBI MALAK

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	+0.50	-0.75	8	
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+0.50	-1.25	166	

Vision de loin :

Monture : OPTIQU

verre : ORGANIQUE ANTIREFLETS

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	300
ŒIL GAUCHE	300
MONTURE	300

Vision de près :

Monture :

verre :

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

**PRIX T.T.C. 900.00DH**

**T.V.A : 150.00DH**

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 52 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

**ICE : 000229849000040**

VISUEL OPTICENS  
Boulevard EL QODS N° 784 Mandarona  
Aïn Chok - Casablanca  
Tél./Fax : 05 22 52 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254  
ICE : 000229849000040