

# 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.

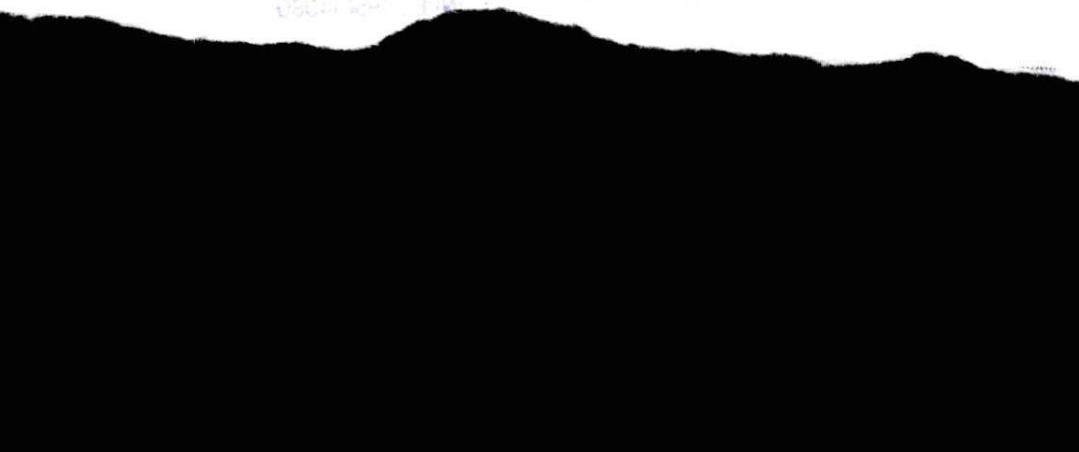
## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W19-419372

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>5966</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>11555</b> <b>NAREDINE</b>
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0661966849</b> Total des frais : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin <b>Oculiste-Homéopathie</b> <b>Loyer Haj Fateh N°169</b> <b>Appt. N°1 Oulfa - Casablanca</b> <b>05 22 88 36 20 - GSM: 05 66 38 53 35</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>14/06/2019</b>			
Nom et prénom du malade : <b>EL Mehdi Hijji</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b> <b>MUPRAS</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>05 SEP. 2019</b>			
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 : <b>Accident siège/Ram</b>			
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
11/06/15				INP : 09M12525
		CS	200 DT	MOUSSA KIADY Intériméopathie Fateh N°169 Bilancia 53,86

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC FREE VISION OPTIONEN OPTOMETRISTE 17 Bis Bd Koullyate Haj Fateh Oued TASABIANCA - Tél: 05 22 90 11 33 ICP: 00178924300028	15/07/10		Monture verres			6000DH

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OPP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr BENMOUSSA Khadija

## Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

## Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - العول - الميادين الزرقاء

- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة

- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

Sur rendez-vous     زيارة بالموعد

Casablanca, le : ..... 14 juin 2019

## Mr. HIJJI ELMEHDI

Monture + verres correcteurs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 0.50

OG = + 0.50

OPTIC FREE VISION  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
137 Bis Bd Moulay Abdellah Oulfa  
CASABLANCA - Tel: 05 22 90 11 33  
ICP: 001795243000028

Dr. BENMOUSSA Khadija  
Ophtalmologiste - Homeopathie  
Lottissement Haj Fateh N°169  
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36

Client: **HIJJI**
**MEHDI**
Le **15/07/2019**

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
<b>OEIL DROIT</b>	+0.50			
<b>OEIL GAUCHE</b>	+0.50			

Vision de Loin:
Monture:
Verres : **VERRES ORGANIQUE  
ANTIREFLITES**
Vision de Prés:
Monture:
Verres :
Montant de Loin:

<b>OEIL DROIT</b>	150,00
<b>OEIL GAUCHE</b>	150,00
<b>MONTURE</b>	100,00

Montant de Prés:

<b>OEIL DROIT</b>	0,00
<b>OEIL GAUCHE</b>	0,00
<b>MONTURE</b>	0,00

**PRIX T.T.C**
**400,00**
**PRIX H.T**
**333,33**
**TVA**
**66,67**

Arreté la présente facture à la somme de:

**QUATRE CENTS DIRHAMS**

**OPTIC FREE VISION**  
 OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
 137 Bis Bd Kouliyate Haj Fateh Oulfa  
 CASABLANCA - tél: 05 22 90 11 33  
 ICE: 001789243000028

I.C.E : 0017892243000028  
 RC : 362763  
 INPE : 095014080