

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Préclamation : contact@mupras.com

Mise 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.

S : 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ERZAZA Mme

Date de naissance :

Adresse : 31 Rue Moussa Ben Nasser

Tél. : 0661314396 Total des frais engagés 100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17.10.2019

Nom et prénom du malade : ERZAZA Mme Age : 50

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection pulmonaire

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) : \_\_\_\_\_

## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/12/13        | U.S.              |                       | 200,00                          | <i>DR. BOUTAGBO</i>  |
|                 |                   |                       |                                 | <i>DR. BOUTAGBO</i>  |
|                 |                   |                       |                                 | <i>DR. BOUTAGBO</i>  |
|                 |                   |                       |                                 | <i>DR. BOUTAGBO</i>  |

## **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<br>du Praticien             | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|   |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| Praticien Mille pour cent<br>témérite Praticien | 22/09/2019        |        |     |     |     | 30000                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

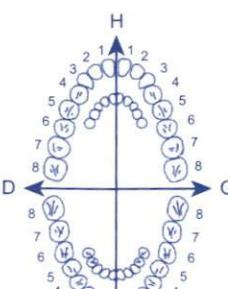
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



### **[Création, remont, adjonction]**

émissions, l'hydrogène, l'hydrogène et la pression

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

#### DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DUE  
REVIS



**Dr. Lina Boutaqbout**

Spécialiste des maladies & chirurgie des yeux  
أخصائية طب و جراحة العيون

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Réfractive et de Chirurgie de Cataracte par Phacoemulsification - TOULOUSE

Diplôme interuniversitaire de Chirurgie Vitreo-rétinienne - BORDEAUX

Diplôme interuniversitaire de Pathologies Rétiniennes. Lariboisière - PARIS

Diplôme interuniversitaire de Contactologie - PARIS

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

دبلوم جراحة المياه البيضاء و تصحيح البصر بالليزر - تولوز

دبلوم جراحة الشبكية - بوردو

دبلوم أمراض الشبكية والسكري - باريس

دبلوم العدسات اللاصقة - باريس

## ORDONNANCE

**17 octobre 2019**

**Mme EZZAQ Amina**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets multi-couches

VL :

OD = + 0.75 (- 0.25 à 171°)

OG = + 0.75 (- 0.25 à 172°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

Dr. 0522 259 011 • Urgences : 0669 854 854  
9, rue Bachir Laalej & boulevard Abdelmoumen  
Résidence Oushmane, 1<sup>er</sup> étage, n° 3, Casablanca - Maroc • Arrêt : Station Abdelmoumen

Dr. LINA BOUTAQABOUT  
OPHTHALMOLOGISTE

زنقة البشير لعلاج و شارع عبد المؤمن، إقامة اوشمان، الطابق الأول، الرقم 3. الدار البيضاء • محطة عبد المؤمن

9 rue Bachir Laalej & boulevard Abdelmoumen

Résidence Oushmane, 1<sup>er</sup> étage, n° 3, Casablanca - Maroc • Arrêt : Station Abdelmoumen

0522 259 011 • Urgences : 0669 854 854 • contact@linaboutaqbout.ma

Patente : 34700268 - IF : 25035038 - CNSS : 1088939 - ICE : 002038100000079

[www.ophtalmologiste.ma](http://www.ophtalmologiste.ma)



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0011564

Date : 22/01/2019

Mr : EZZAO Amina

Docteur : Lina Bouzaglaut

Type des Verres : Deux opas (AP)

Monture : G22

\* Vision de Loin :

OD Axe..... 171 Cyl..... -24 Sph..... +27,1100

OG Axe..... 172 Cyl..... -24 Sph..... +27,1100

\* Vision de Près :

OD Axe..... Cyl..... Sph.....

OG Axe..... Cyl..... Sph.....

Add : +2 My 22

Montant : 3000

Arrêtez la Présente Facture à la Somme de :

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211