

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RESETS

## 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038970

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 571

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : WARID BOUATTIA

Date de naissance : 1945

Adresse : AIN CHIFA I RUE 1 N°80 CASA

Tél. : 06 95 37 25 53

Total des frais engagés : 2310,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/09/19

Nom et prénom du malade :

Age : 74 ANS

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

Le : 09/09/19



# 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
09 SEP 2019		2	250411	Dr EL ASRI Hamid Optométriste 59 Bd. Zoukri Résidence EL ELURS

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

13/09/19

2500

09/09/19

60,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ 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

# 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 00000000 00000000 G  
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

**Docteur EL ASRI Halima**

**OPHTALMOLOGUE**

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

**الدكتورة العسري حليمة**

**اختصاصية في امراض وجراحة العيون**

**ليزر - صور الشرايين**

**رئيسة مصلحة سابقا**

**بمستشفى المحمدية**

Casablanca; le :

09 SEP. 2019

WABID BOUZZA

- OXYAL 60mg  
1 gl x 3 fois / 2 jours

60,00

RIMA PHARMACIE  
P.V.C. : 60,00

60,00

Dr EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59, Bd. Zerketouni Cas  
Résidence Les Fleurs

PHARMACIE ASSIA  
Dr. DAOUDI Hind  
Hay Al Amel II Rue 42 N°76  
Casa - Tél: 05 22 85 42 71

« اقامة الزهور » 59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

" Résidence les Fleurs " 59, Bd. Zerketouni - CASABLANCA - Tél : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

**Docteur EL ASRI Halima**

## OPHTHALMOLOGUE

## Maladies et Chirurgie des Yeux

## Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

## l'Hopital de Mohammadia

## الدكتورة العسري حليمة

## اختصاصية في امراض وجراحة العيون

## ليزر - صور الشرايين

### رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le :

09 SEP. 2019

WARID BOVA 27A.

*Amelanchier* (var. *canadensis*), photodermatitis

$$OD = (-1 \ 0 \ 10^2) = 7,50$$
$$OO = (-1 \text{ o. } 80^\circ) - 7,50$$

Ameltes pour Sisia, Pres

$$OB = \begin{pmatrix} -1 & 0 & 7 & 0 \\ 0 & 0 & 0 & 0 \end{pmatrix} = 1$$

00-(1580)-1

**MADER OPTIQUE**  
OPTIQUE DE CONTACT  
L'ENTRÉE D'UN SECTEUR D'ESSAIS - CASA  
TEL : 073-28 70 73 - FAX : 073-28 18 36

Mr EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59 Bd du 8e touni Casa  
Résidence Les Fleurs

«اقامة الزهور» 59. شارع الزرقطوني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37

" Résidence les Fleurs " 59, Bd. Zerketouni - CASABLANCA - Tél : 05 22 20 19 63 / 05 22 27 91 37"



# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

FACTURE

N° 0003146

Casablanca, le 13/09/2019

M. WARRID Bouazza

O.D. = ..... ADD. = .....

O.G. = ..... ADD. = ..... Ordonnance du docteur EL ASRI

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

Loin { O.D. = .....  
O.G. = .....

Prés { O.D. = .....  
O.G. = .....

D.F. { O.D. = .....  
O.G. = .....

## FOURNITURE :

Montures :

Optique

200 x 2

400,00

Verres :

Mineral Pg (VL)  
Mineral Blanc (VP)

200 x 2

1000,00

300 x 2

600,00

TOTAL :

2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Mille Dhs