

# 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.



Declaration de Maladie

N° 13143  
N° W19-488829  
CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5118	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN ABDULKRIM ELFTALI SAMIR			
Date de naissance : 15/6/1962			
Adresse : YOUSSEFA 11 APT 19 JNANE CALIFORNIE			
Tél. : 0669650503	Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR. RAKKAA Amal Ophtalmologiste 405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca Tél: 05 22 54 00 77-06 73 98 15 03			
Date de consultation : 13.11.19			
Nom et prénom du malade : KEMZ Y Nenglem Age:			
Lien de parenté : Conjoint			
Nature de la maladie : Connection			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, renseigner 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : Le : 17 DEC 2019			
Signature de l'adhérente(e) : Accueil siège/Ram			

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

#### **BELEVE 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
13-11-19	CB	250 W	INP : 091015453	Dr. RAKKAA Amal Ophthalmologiste 405 Bd. Al Qods - N° 7 Casablanca +212 06 73 98 15 03

## ~~EXECUTION DES ORDRES~~ ~~05/23/22~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

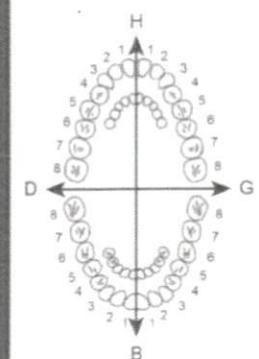
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	
<i>KADER OPTIQUE</i>	16					3200,00
	14					
	10					Dhs

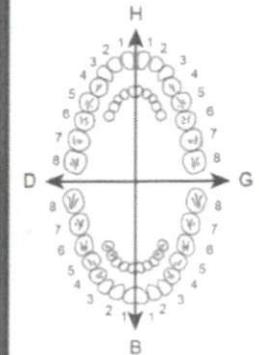
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H
D	25533412
	00000000
	21433552
	00000000
	G
	00000000
	35533411
	11433553

(Création, remont, adjonction)  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

## Coefficient des travaux

3

## MONTANTS DES SOINS

1

DEBUT  
D'EXECUTION

1

FIN  
D'EXECUTION

1

COEFFICIENT  
DES TRAVAIL

1

MONTANTS  
DES SOINS

1

DATE DU  
DEVIS

1

DATE DE  
L'EXECUTION

1



- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الحالات) بالأمواج  
 فوق الصوتية  
 تخطيط الشبكية الوعائي  
 الليزر - المول  
 تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le

13-11-19

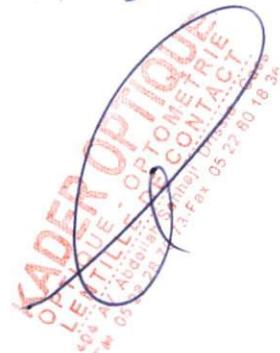
Kersey Ferguson

LH 10 xl

$$00 = (-2 \circ 50^\circ)$$

$$06 = (-0.25 \circ 25^\circ)$$

ast 0.5 - +2



**Dr. RAKKAA Amal**  
**Ophthalmologiste**

405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca

Tél: 05 22 52 ... 7-06 73 98 15 03

Le 13-11-19

Kenza Deyen

① Xiliosl 2em coll  
(21 x 4t)  $\rightarrow$  3mg

Dr. RAKKAA Amal  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 07 - 06 73 98 15 03

# 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**

ICE 0018230 170000 27

**FACTURE** N° 0003232

Casablanca, le .....

M Kenzij Meryem

$$\begin{array}{l} \text{O.D.} = 125.00 \\ \text{O.G.} = 10,250.25 \end{array} \quad \begin{array}{l} \text{ADD.} = +2.00 \\ \text{ADD.} = +2,000 \end{array}$$

2.00

2,000

ordonnance du docteur RAKKHA FOUAD

<b>NRS de nomenclature correspondants à la prescription</b>	Loin { O.D. = ..... O.G. = .....	Prés { O.D. = ..... O.G. = .....	D.F. { O.D. = ..... O.G. = .....
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

---

## FOURNITURE :

Montures : des tiques

1200,0

1200,00

Verres : progressif AR

1000 x 2

2000,00

**TOTAL :**

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

trées mille deux cents

Dh

