

# 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.

## 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 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 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° P19-0020276

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 619 Société :

Actif

Pensionné

Autre

Nom & Prénom : EL FANE KHAYAT Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : DONNAINE DE DARB APT A01 RDC

DAR BOUZZA - ROUTE D'AZZEROUA RAFA

Tél. : 0636228961 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/10/2019

Nom et prénom du malade : RAFII M'hamed

Age :

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 : Marrakech

Le : 07/10/2019

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
07/10/19	CS		Gratuit	Dr GUELZIM Hanane Ophtalmologiste N° 00000000000000000000 Immeuble Nour 2, Avenue Hassan II Tél: 05 24 20 18 84

## EXECUTION DES ORDONNANCES

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sté ALATOURK OPTIQUE Mme TAHAR MANI HOUAD Opticien 70733 CP 46394346 - ICE 0015592226 - Tel 05 24 20 00 00	15/10/19					3000,00

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification  
 Chirurgie des voies lacrymales.  
 Ophtalmopédiatrie - Lentilles de contact.  
 Chirurgie réfractive - Angiographie  
 OCT - Pentacam - Laser

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

جراحة المسالك الدمعية - طب العيون عند الأطفال

العدسات الاصفية - جراحة تقويم البصر بالليزر

تصوير الشبكية - التصوير المقطعي البصري - العلاج بالليزر

07 octobre 2019

## Mme RAFII Mina

### 1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL :

OD = + 2.50 (- 0.75 à 90°)

OG = + 2.50 (- 1.25 à 85°)

### 2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

Dr. GUELZIM Hanane  
 optométriste  
 N°8, imm Nour 2, Av. Hassan II  
 Tél: 05 24 20 10 04

O'PTY'S  
 Sté ALATOURK OPTIQUE SARL  
 Mme TOURKMAN HOUIDA  
 Opticienne Optométriste Contactologue  
 RC 70733 TP 45394346 - IF 15288050  
 ICE : 001559222000073  
 Tel 05 24 29 29 19

# O'PTY'S OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE

BD ALLAL EL FASSI IMM 6  
NUM :163 A PROXIMITE DE  
MARJANE  
TEL : 05 24 29 29 19  
Fax : 05 24 29 28 18

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

RC 70733  
IF 15288050  
TP 45394346  
ICE 001559222000073  
INPE 075016386

Marrakech le: 15\10\2019

FACTURE 106350

MME. RAFII MINA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 000.00
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLETS OD	1 000.00
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLETS OG	1 000.00
Dont TVA (20%)	500.00
<b>TOTAL TTC</b>	<b>3 000.00</b>

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**Trois mille Dirhams**