

## 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

- 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.

N° W19-429968

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : <b>RAM</b>	
Matricule : <b>05752</b>	Nom & Prénom : <b>TAGHI ESSADDIK</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>18.09.1959</b>		Adresse : <b>13 Rue TANO DA HAY HANA</b>	
Tél. : <b>0661375632</b>		Total des frais engagés : <b>03 SEP. 2019</b> Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
<b>Professeur Ouadie Benchikrou</b> <b>Ophtalmogiste</b> <b>Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca</b> <b>Tel/Fax : 0522 36 37 02</b> <b>Numéro : 067 55 11</b>			
Date de consultation : <b>5-7-9</b>	Nom et prénom du malade : <b>Taghi Essadi K</b>		
Lien de parenté : <b>Frère de Rép. Algérien</b>		Age : <b>60</b>	
Nature de la maladie : <b>Maladie de l'œil</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Maladie de l'œil</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.			

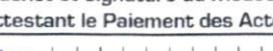
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **978/1019** Date : **08/10/2019**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **08/10/2019**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
05-07-19	CS	3000	+	INP : <input type="text"/> 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

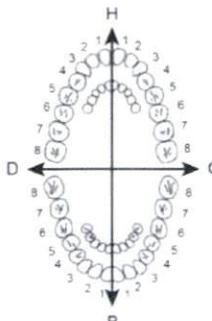
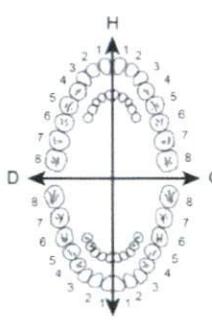
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>PUR OPTIC</b> Particien Optométriste Mme Ray. - Bordeaux B10	25/08/19	2	venues + une monture			350,00

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
		G	35533411	11433553													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

# Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشقرور

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية  
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإنصال

Casablanca , le

05-07-19

الدار البيضاء في

TaGhi Essadik

Leenette ✓

O = +0,75 (-1,25) 110°

O G = +2,50

**PUR OPTIC**  
Opticien Optométriste  
Makâpa Ray Hassani Boutique B10  
Casablanca  
ICE:002043933000019

Add +2,75

verres progressifs  
et anti-reflets Bleu

Professeur Ouafae Benchekroun  
Opticien Ophtalmologiste  
n°5 du Palais Ed Ghandi Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 36 37 08  
Urgence: 06 62 55 19 36

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N° 12 - Casablanca.

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence : 06 62 55 19 36

# **PUR OPTIC**

**TAGHI ESSADDIK**

**Facture N°006/08/2019**

**Date de Facture**

05/08/2019

**DESIGNATION**

**MONTANT TTC**

OD : +0,75 ( -1,25 à 110 °) ADD : +2,75 1 750,00

OG : +2,50 ( -4,00 à 60°) ADD : +2,75 1 750,00

Type de verre : ESSILOR VARILUX CRIZAL COMFORT TRANSITION 1,6

Monture 1 optique

Total 3 500,00

Montant (HT) 2 916,67

TVA (20%) 583,33

**Total 3 500,00**

Arrêtée la présente Note d'Honoraire à la somme de :

**TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

Mode de paiement: ESPECES

**PUR OPTIC**  
Opticien Optométriste  
Marjane Hay Hassani Boutique B10  
Casablanca  
ICE:002043033000019

---

MARJANE HAY HASSANI BOUTIQUE B 10 2000 CASABLANCA -MAROC

TP : 36092177 - IF : 26112536 - RC : 411909 - CNSS : 1138316

ICE:002043033000019 - INPE :095021762 - Tel : 0659-18-77-34