

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

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.

## ntaire :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise 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 caractère personnel.

**MUPRAS** : 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0023853

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22592

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2957 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAIL

Date de naissance :

Adresse : M.E.M AD REGHSE

Tél. : 05 684 193

Total des frais engagés :

2100

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/2020

Nom et prénom du malade : EL HAIL Mohamed Age : 01/04/95

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Amétapnie

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 : BEERRECHIR

Le : 01/02/2020

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
01/02/2024	C2		200,00	Dr. SIDI MOHAMED IBN NASSA OPHTALMOLOGISTE Rue Okba Ibnu Nafii Berrechid Tél. 0522 32 48 47
S.T.				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC MEDPLUS Bt 42 Laamiri Boulevard Mohammed Berrechid	12.01.2016			M + N		1900,00

## **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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAISES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

### [Creation, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT



Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1 er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47

**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

05 22 32 48 47

الهاتف :

Berrechid, le

**01/02/2020**

**Mr. EL HAIL Mohamed**

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets**

**OD = Plan (- 0.25 à 145°)**

**OG = Plan (- 0.25 à 10°)**

**OPTIC MEDPLUS**

~~Lot 42 Laamiri Boulevard Mohammed V~~

~~Berrechid~~

**CELLUVISC: COLLYRE**

**1 Goutte 3 fois/ jour (1 boite), les deux yeux**

**Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Rue Okba Ibnou Nafii - Berrechid  
Tél.: 05 22 32 48 47

# OPTIC MED PLUS

Lot 42 Laamiri Boulevard Mohammed V - Berrechid

Facture N° 000020

Le: 12.02.2020

Par: SB

Mr EL Hail Mohamed

Désignation	Référence	Montant TTC
Une Monture de lunette p Métallique		140,00
2 Verres organiques		
Ø70 anti-reflet		
amincis		
OD 8 PL (-0,25 à 145)		750,00
OG 8 PL (-0,25 à 10)		750,00
OPTIC MEDPLUS Lot 42 Laamiri Boulevard Mohammed V Berrechid	Total T.T.C Dont TVA 20	1900,00 380,00

Arrêtée la facture à la somme de : Mille neuf cent dirhams

Cachet et Signature :

OPTIC MEDPLUS  
Lot 42 Laamiri Boulevard Mohammed V  
Berrechid

PATENTE N° : 43100404 - IF : 33691442 - RC : 12555 - CNSS : 1374215

ICE: 002228935000077