

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-481382

NR = 31627

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10741

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAJID ZAHRA

Date de naissance :

26/16/78

Adresse :

Tél. : 0622788199 Total des frais engagés :

Deux mille Dirhams  
2000 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 ces renseignements sous plébiscite 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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :



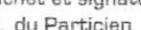
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| .....           | .....             | .....                 | .....                           | INP : <input type="text"/>                                     |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....           | .....             | .....                 | .....                           |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

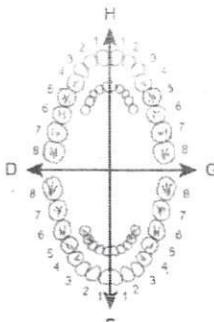
| Cachet et signature<br>du Particien  | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|  |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|  | 09/06/20          |        |    |    |    | 2000 ✓                             |

## 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 canalaire, 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<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |                              |  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> |  | H |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <input type="checkbox"/> |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H                            |  |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412                     | 21433552   |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000                     | 00000000   |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <input type="checkbox"/>     |  |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000                     |  |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411  | 11433553                     |  |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
| B   |                              |  |   |  |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |                              | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |                              |  |   | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |
|   |                              |  |   | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |   |  |          |          |          |          |                          |  |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N° 0103345

Date : 09/06/2020

Mr : .....

Docteur : Rachid BERLAOUK

Type des Verres : CRIZZ. BLU AR

Monture : OPTIQUE

\* Vision de Loin :

OD Axe 780 Cyl -0.75 Sph +2.75 76

OG Axe 176 Cyl -0.25 Sph +2.10 76

\* Vision de Près :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OG Axe N Cyl N Sph 1

Add : .....

Montant : 200

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de : 200

Optique Mille pour Opticien & Optométriste

Royaume du Maroc

Forces Armées Royales

Hôpital Militaire

D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

M. Sajid

Zahra

Médecin Lt-Colonel Rachid ZERROUK  
Professeur Assistant au CHU  
Spécialiste du Val de Grâce  
Service d'Ophtalmologie  
H.M.I.Med V - Rabat  
INPE : 101 223 428

Cont VL

00, (186 - 0,75) + 271

06, (185 - 0,25) + 271

avec Mont

Optométriste & Opticien  
Optique Militaire pour Cet

Médecin Lt-Colonel Rachid ZERROUK  
Professeur Assistant au CHU  
Spécialiste du Val de Grâce  
Service d'Ophtalmologie  
H.M.I.Med V - Rabat  
INPE : 101 223 428