

## 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

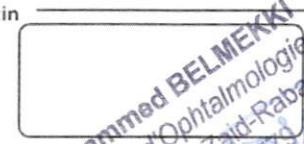
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-483560

26588

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8577		Société : LAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : TAHIIR HABIBA		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance :			
Adresse : TISSIR I ITAY SANKA 1ST BENYELCHID			
Tél. : 0679467979		Total des frais engagés : 1900 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : featocon			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous l'confidence 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 : BENNEUAD  
Signature de l'adhérent(e) :   
Le : 26/08/2020

24 AOUT 2020

19 AOUT 2020

### 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 : [REDACTED] Dr. Mohammed Zaidi Professeur d'Optométrie Hôpital Cheikh Zaidi NPIE : 10102201 <i>Voir facture</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>KARIA EDDINE ABD</i> Opticien - Optométriste 5, Lyaïda Bd Hassan II Bécharia Tél : 021 55 22 261 Fax : 022 32 77 77	10/10/2002				160,00	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [REDACTED]
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [REDACTED]
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED]
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]
				<b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[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**



Rabat, le :

Docteur : Keratkoune

copartee

DS (-0,75 x 176)

DS -4,75 (-0,75 x 159)

SC  $\begin{cases} \sin \\ \sin f \end{cases}$

essai

DS (-0,75 x 165) 20kg

DS -1,00 (-0,50 x 40) 4kg

CXIM0096



Rabat, le :

Docteur :

20 janvier 2020

## Mr. SOUNI ANAS Anas

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = (-0.75 à 165)

OG = -1.00 (-0.50 à 40)

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optométriste  
5, Lot 1, Bd Hassan II, Béchirid  
Tel. 022 53 32 77 77 - Fax 022 32 77 77

Dr. Mohammed BELMEKKI  
Professeur d'Ophtalmologie  
Hôpital Cheikh Zaid-Rabat  
INPE : 101107779

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

## Service Admission/Facturation

### Quittance N°

Consultation le : 20/01/20 A

2 144 439

IPP : 1433 854 N° de dossier : C202508472 DI : 2 431 100

Patient : SOUNI ANAS

Montant : 250,00 Dh (deux cent cinquante et xx /100)

Mode de paiement : Especie

Date d'encaissement : 20/01/2020

Description :

Medecin : C0333 BELMEKKI MED

Motif : CONSULTATION RÉGULIÈRE

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CAISSE OPHTA

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

N° 1542472

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
 Berrechid  
 Tél. : 05 22 53 32 61

**BERRECHID LE : 30/04/2020**

<b>Client</b>	<b>MR SOUNI ANAS</b>
---------------	----------------------

**FACTURE N°408/2020**

<b>QTE</b>	<b>Description</b>	<b>PU (TTC)</b>	<b>Montant (TTC)</b>
1	MONTURE OPTIQUE	700,00	700,00
2	VERRES INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	450,00	900,00
<b>TOTAL</b>			<b>1 600,00</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **MILLE SIX CENT DIRHAMS**

