

# 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.

## Pathologie 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.

## Education :

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.

## Pathologie 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 à 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

Nº P19- 059767

ND: 39061

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : *BAABI YOUSSEF*

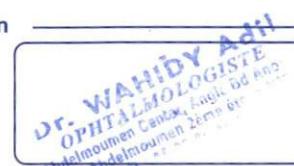
Date de naissance : *18.11.1950*

Adresse : *HAY TAKHLA I ZOCHEQ GARDEN HAY ELMOHAMADI*

.....  
Tél. *066109638* Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *31/08/2020*

Nom et prénom du malade : *BAABI YOUSSEF* Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *COMETE sept. 2020*

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : .....

ACCUEIL

## **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
31 09 20	Cns		210,00 Hug	DR. MANSOUR OPTICIAN Abdelmounen Mansour al Bd Abdellatif Ben Yousfi Tal

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **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	
Opticien - Optométriste 39, Rue Beni Mguild Hay Layoun Casablanca - Tel: 06 17 566 48	01/09/2020					350.00 DT

## **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'ostéodensitométrie.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX**

Ophtalmologiste



- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

اختصاصي في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

31/08/2020

Casablanca, le :

**BAABI Youssef**

## PROGRESSIFS Organiques PHOTOCHROMIQUES

Oeil Droit : (84° -0,75) , Addition + 2,50

Oeil Gauche : (140° -0,25) + 0,50 , Addition + 2,50

**OPTIQUE CHERIFIENNE**  
Opticien - Optométriste  
89, Rue Behi Mejjid Hay Laâyoune  
Casablanca - Tel: 06 61 76 66 44

**Dr. Adil WAHIDY**  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen  
2ème Etage N°211 Casablanca  
Tél: 0522 86 14 18 - Fax: 0661 48 33 35

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الترامواي عبد المؤمن  
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18  
06 44 05 49 05  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

**ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC**

**OPTIQUE CHERIFIENNE**

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى مكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

N° 00316

N° de nomenclature .....

83

Correspondant à la prescription .....

18/06

LOIN	OD : (84/-3/-)	PRES	OD : + 2,5/-
	OG : (84/-0,25/+0,5/-)		OG : + 2,5/-

**FOURNITURE**

Montures : Optique .....

Monture .....

Verres : Plastissir .....

Verres .....

Total : 89, Rue Beni Mguild Hay Laâyoune

89, Rue Beni Mguild Hay Laâyoune

Arrêtée la présente facture à la somme de

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 01/09/2010

Casablanca le : 01/09/2010

M/ou Mme :

OPTIQUE CHERIFIENNE

Opticien - Optométriste

39, Rue Beni Mguild Hay Laâyoune

Casablanca - Tél : 06 61 76 66 44