

# 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.

## Biologie 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.

## 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Matricule : 111508

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA GHARI

Date de naissance : 18/06/1976

Adresse : 390, Bd de l'Indépendance Casablanca

Tél. : 06 61 20 41 63

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2020

Nom et prénom du malade : Younes FAKIR

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : fibriose myositaire

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Professionnel	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. SERRA Hans ENTRE D'ORTHOPÉDIE - ELECTROORTHOPÉDIE 185, Bd. Andrémumien Res. Wahl - Case 2 Tel: 05 22 26 26 25 - GSM: 06 61 51 21 21	27		B.			300DH
	10					
	2020					
	07.12.20	verre optique				250,00 DH

## 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some circles containing multiple numbers. Arrows point from each circle to its neighbors, indicating a path or movement pattern. The grid is bounded by a black border.

## **(Création, remont, adjonction)**

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



مركز العيون ببر انزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

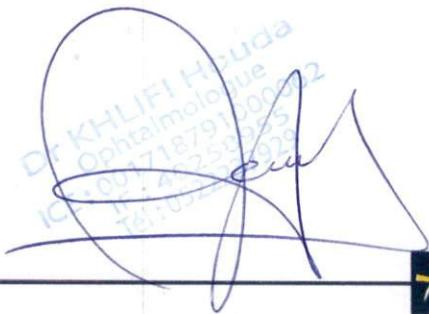
Casablanca le 25/11/2020  
الدار البيضاء في:

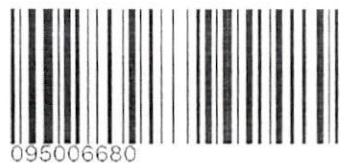
TKhlaa youssef

Verres e autre lunettes

$$OD = +0,50 \left( -0,50 \text{ à } 2^{\circ} \right)$$

$$OG = +2,50 \left( -1,75 \text{ à } 170^{\circ} \right)$$





327, Boulevard Zerkouni, Quartier  
Bourgogne 20053 Casablanca Maroc  
Tél: 00212522200357  
E-Mail: contact@opticalys.ma  
Site Web: www.opticalys.ma

M. IKHIAR YOUSSEF

FACTURE N° : F20/6406

Date : 07/12/2020



Désignation	Qté	Prix unit.	Remise	Valeur	TVA
INDO verre organique 1.5 blanc Org   natural 10	1	250.00		250.00	20.0
<b>Corrections :</b> VL D. Sph: +0.50 Cyl: -0.50 Axe: 2° VL G. Sph: +2.50 Cyl: -1.75 Axe: 170°					
<b>Total</b>	1			250.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
208.33	41.67	250.00	250.00	0.00 DH

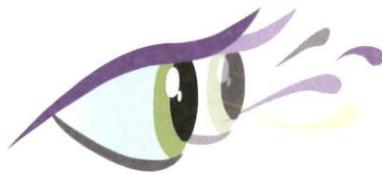




# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 27/10/2020  
ICE : 00180477700038  
TP : 34309939  
IF : 41909940

## FACTURE

Nom et Prénom : IKHIAR YOUSSEF

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa  
tél : 05.22.26.26.26 - GSM : 06.61.63.34.26

