

# 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.

**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

M22- 0026151

ACC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3710 Société : 142858

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MOHAMED

Date de naissance : 30/07/1957

Adresse : 02 RUE DU TIGRE RESIDENCE 8EM A 5<sup>e</sup> ETAGE

APP N° 11 MEBS GULIAN CASA

Tél. : 06 72 93 02 05 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/12/2022

Nom et prénom du malade : DENNOURI SIDI MOHAMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 05/01/2023 Le : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0026151

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## **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
2012.2022 02			65	 Dr. Mohamed A. Al Mianay OPHTALMOLOGIST Anouaïd N° 18 - Bld. 28-20 - Grand Casablanca 51 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. SEKAY MANANDA, FILALI CENTRE D'ORTHOPIE - DÉLECTROPHYSILOGIE 35, Bd Abdellah Benkouche Rés. Walli - Casablanca tél: 05 22 26 27 35 GSM: 06 61 11 11 11	27					2000 DH
	12					XAS
	20/22					2000 DH

## VOLET ADHERENT

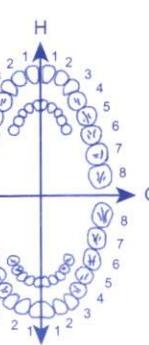
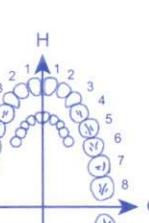
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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'ODF.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Centre des maladies  
& Chirurgie des yeux**



**مركز الأمراض  
و جراحة العيون**

**Docteur Mohammed Mikou**  
**Ophtalmologiste**

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako) et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL) de l'Université Victor Segalen de Bordeaux

Chirurgie des voies lacrymales

Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie

OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)

Membre de la Société française d'Ophtalmologie

**الدكتور محمد ميكو**  
اختصاصي في الطب وجراحة العين

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة باللايزر.  
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو

جراحة مسالك الدموع  
فحص شبكة العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية

اللايزر متعدد الإشعاع  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العين

Casablanca le ..... 27/12/2022

DENN Dr. MOHAMMED MIKO  
OURTALMO OGISTE  
Angle Bd. Abdellmoumen  
2ème étage, Avenue Abdellmoumen  
Tél: 0522 86 28 20 GSM: 0522 86 28 48

Soumya

five (5) six seven Dr  
seven seven seven seven

Dr. Mohammed MIKO  
OURTALMO OGISTE  
Angle Bd. Abdellmoumen  
2ème étage, Avenue Abdellmoumen  
Tél: 0522 86 28 20 GSM: 0522 86 28 48

Mme SEMRAJ Hanane El FILALI  
CENTRE D'ORTHOPIE - DELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdellmoumen Rés. Walli - Casablanca  
Tél: 0522 26 35 35 - GSM: 0522 21 35

**CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE**  
**MME SERRAJ HANANE EP. FILALI**  
**DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER**



Casa le 27/12/2022  
ICE : 001804777000038  
TP : 34309939  
IF : 41909940

## DEVIS

Nom et prénom : Mme DENNOURI SOUMIYA

EXAMEN : 10 séances de rééducation orthoptique

Prix : 200 X10 = 2000 DH

(DEUX MILLE DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2<sup>ème</sup> Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)  
Tél. : 0522.26.26.26 / 48.10.86 - : 0661.63.34.26 - E-mail : ha.serraj@gmail.com

