

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-410540



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 08991

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Amri Abdellaziz

Date de naissance : 25/02/69

Adresse : H. Attifuelle

Tél. 0661713696

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2019

Nom et prénom du malade : Amri Abdellaziz

Age: 50 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Orale

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



MUPRAS

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

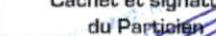
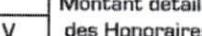
## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	09/03/13						

## 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	INP : <input type="text"/>			
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>			
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>							
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>							
<b>H</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000
25533412	21433552						
00000000	00000000						
<b>D</b> <input type="text"/> <b>G </b>							
<table border="1"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				00000000	00000000	35533411	11433553
00000000	00000000						
35533411	11433553						
<b>B</b>							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



# الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

Monsieur Abdelazize AMRI  
Casablanca, le lundi 09 septembre 2019

Verres et monture pour vision de loin et de près :

Œil droit : (15° -0.25) , Addition +2.00

Œil gauche : (150° -0.75) , Addition +2.00

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

En verres progressifs

Siham NAJID



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Mousaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادرى ، إقامة ندى "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

Casablanca, le 09/09/19

Facture N° 03/09

Pour M<sup>r</sup> Abdelaziz Amri

Nbre	Designation	Prix unitaire	Prix totale
1	Monture optique	800,00	800,00
2	Vetres organiques antireflets de puissance OD <sub>2</sub> (15° - 0,25) OC <sub>3</sub> (150° - 0,75) avec une addit. add OD <sub>2</sub> + 2,00	800,00	1800,00
Total			2600,00



PrismOptique  
Casablanca - Maroc