

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-473400

N° 13080

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9432	Société :	Ram
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HABA
Nom & Prénom :			
Nom & Prénom : HABIB Hamef			
Date de naissance :			
Date de naissance : 05/08/65			
Adresse :			
Adresse : FAJR Sidi Baroussi Casablanca			
Tél. : 0661415341 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 11/12/2019	
Nom et prénom du malade : Zahia Zireb Age: 50	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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

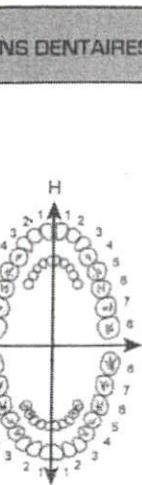
Signature de l'adhérent(e) : Hamef

**MUPRAS**

18 DEC. 2019

ACCUEIL 12/12/2019

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODDF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	26533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Montants des soins</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Date du devis</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="checkbox"/>												

Dr. CHAMI Mohamed Hicham

Maladies et Chirurgie des Yeux

chirurgie réfractive

chirurgie de la cataracte

imagerie et pathologies rétiniennes

الدكتور الشامي محمد هشام

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة تصحيح البصر

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

تصوير و أمراض الشبكية

11 décembre 2019

Mme ZAHIR Zineb

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

VL :

OD = (- 0.50 à 95°)

OG = (- 1.00 à 65°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

~~KADER OPTIQUE  
OPTICIEN - OPTOMTRIE  
404 Av Abdellah Senna Drissia 1  
Tél: 0522 70 70 70 - Fax: 0522 80 18 36 - Casablanca~~

  
Dr. CHAMI  
Mohamed Hicham  
Chirurgie des Yeux

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

## FACTURE

N° 0003444

Casablanca, le

13/12/19

M

FATHIR

Finis

Résumé

O.D. = ADD. =

O.G. = ADD. = Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = ..... O.G. = .....	Prés { O.D. = ..... O.G. = .....	D.F. { O.D. = ..... O.G. = .....
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

## FOURNITURE :

Montures :

Verres :

500,- 500,-  
1212,- 2424,-

2924,-

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dep. bille n° 1  
S. 149 900 100

KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE OPTOMÉTRIE  
404, Av. Abdellah Senhaji-Idrissia 1  
Tel. 0522 28 70 73 - Fax : 0522 80 18 36 - Casablanca