

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-497726

CA

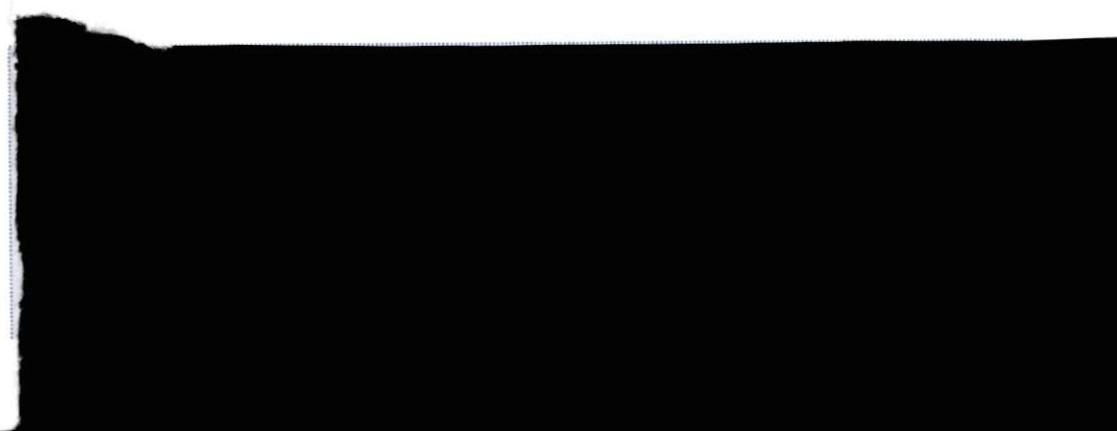
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>22087</b>			
Matricule :	8140	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL ALAMA MOUNIR
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 15-06-70			
Adresse : Résidence Le CLUB, 26 Mly Thami, n° 35 H11 Casab			
Tél. :	06 67 27 57 44	Total des frais engagés	200 + 2700 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29/01/2020			
Nom et prénom du malade : CHARAF F. Z Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : constipation			
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. 20 FEV. 2020			

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 : CASA Le : 20/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



**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
2020	5		2000,00	INP : <input type="text"/> 

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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

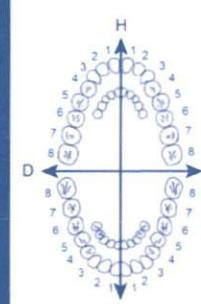
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

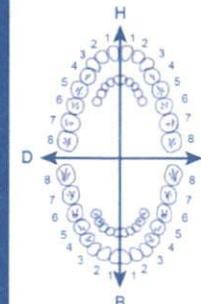
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Ophtalmologue Dr. J. M. Hay	26/02/2020					2739,00

**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"/>
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552								
D	00000000	00000000								
B	35533411	11433553								

**Coefficient des travaux**

**Montants des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

**Coefficient des travaux**

**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'EXECUTION

# 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 امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

*M. Ali Ch. Boucsein*

N°

00597

N° de nomenclature ..... 407

Correspondant à la prescription ..... 1A/1.8

LOIN	OD : 1 (-2.50 +3.00)	PRES	OD : ..... OG : ..... .....
------	----------------------	------	-----------------------------------

## FOURNITURE

1 Montures : ..... OPTIQUE ..... 1300,-

2 Verres : ..... OPTIQUE ..... 700,-

AN PLATES ..... 700,-

Total : ..... OPTIQUE ..... 2700,-

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 06/02/2020

M/ou Mme :

CHARAF FATHIMA ZAHIA

1300,-	Montures
700,-	VERRES
700,-	PLATES
2700,-	DIMM

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوعسم مليكا**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر.....

Casa le : **29 Janvier 2020**

**Mme CHARAF Fatima Zahra**

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = - 1.00 (- 0.50 à 30°)

OG = - 1.75 (- 0.25 à 173°)

**NAABAK**

1 gte x 4/ j, les deux yeux, 1 Mois

OPTIQUE ET CLINIQUES  
Opticien - Oculométriste  
89, Rue Beni Mguild Hay Lalyaune  
Casablanca - Tel: 06 61 76 65 44

Dr. BOUKSIM M.  
Spécialiste OPHTALMOLOGISTE  
Imm. Oum Rabii Résidence Al Firdaus  
n° 30 Casablanca  
Cassabia  
Tél. : 05 22 91 41 11

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11