

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-507821

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		<i>22215</i>	
Matricule : <i>1930</i>		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>ZHAIR Noureddine</i>			
Date de naissance : <i>13-07-55</i>			
Adresse : <i>N° 36 - Colline 2 Casablanca</i>			
Tél. : <i>0661-796397</i>		Total des frais engagés : <i>23 00,00 Dhs</i>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr EL ASHI Halima</i> <i>Ophtalmologue</i> <i>Zarakouni Case</i> <i>19, Bd. Zarakouni Casablanca Les Fleurs</i>			
Date de consultation : <i>18-12-19</i>			
Nom et prénom du malade : <i>Zhair Noureddine</i> Age: <i>64,3 ans</i>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Acuité visuelle</i>			
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* Le : *18/12/19*

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
18-12-2020	Cg	250DH		INP : 0310417829 Dr EL ASRI Halimé Ophtalmologue 39, Bd Zerktouni Casablanca Résidence les Fleurs

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

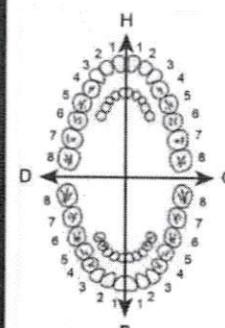
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

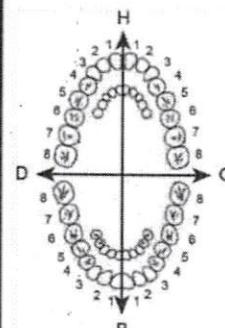
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VISUEL OPPICIENS SARL AU 784, L'ouissement Mandarina Bd El Qods Att Chot - Casablanca Tel / Fax : 05 23 52 10 04	18/12/2020					200DH

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

# Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزرو - صور الشرايين

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

Casablanca; le : ..... 18 DEC. 2019

ZHAR MOUREDDINE

*Quellet pour S. S. Dr. M.  
A. A. M. Fleurs*

$$OD = (-0,75 \circ 85^{\circ}) - 1,25$$

$$OS = (-0,75 \circ 85^{\circ}) - 1,25$$



*Dr EL ASRI Halima  
Ophthalmologue  
59, Bd. Zerktouni Casablanca  
Résidence les Fleurs*

VISUEL



OPTICENS



FACTURE N° : 029/2019

LE 13/01/2020

Client MR ZHAR NOUREDDINE

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITTION
<u>ŒIL DROIT</u>	-1.25	-0.75	85	
<u>ŒIL GAUCHE</u>	-1.25	-0.75	85	

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLET

AMINCIS UV

Vision de près :

Monture :

Verre :

Montant de vision de loin :

ŒIL DROIT	600
ŒIL GAUCHE	600
MONTURE	800

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 2000DH

T.V.A : 333.34DH

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Aïn Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 58 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 8132540

ICE : 000229849000040

VISUEL OPTICIENS  
784, Lotissement Mandarona  
Bd El Qods Aïn Chok Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 52 10 04