

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-524670

ND:

95408

### Maladie

Dentaire Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0708

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SAD Abdeltkader

Date de naissance : 3-10-44

Adresse : 152 Av Houman EL Febvaki (BBA)

Tél. : 069114001490

Société : RAM

Autre

3-10-44

152

Av Houman EL Febvaki (BBA)

Total des frais engagés : 17700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتورة سميرة ميكو زوجة الطالب

Dr. MIKOU Samira, ép ALAOUI

و جراحة العيون

OPHTHALMOLOGUE

8, Rue My Slimane, Résidence Royale en face Wilaya

Tél. : 05 37 20 77 77

Date de consultation : 09 MARS 2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : RABAT

Le : 9/3/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-524670

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	8, RUE DES SABLONS 75008 PARIS Montant de la Facture
<i>COMPTOIR FRANCAIS D'OPTIQUE TOUJOURS D'OPTION</i> 3, Rue de la Paix Tél. 01 42 60 00 00	14/3/2010	1400,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VIOLET ADHERENT

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

#### **BÉFÉVE 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'ORF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 09 MARS 2020

SAD Model-kader - COMPTOIR FRANÇAIS D'OPTIQUE  
TOURNIER  
OPTICIEN DIPLOMÉ  
3, Place Aiaouite RABA  
Tél.: 037.70.93.60

- Lunette VL et VP

\* VL (V.A.R + matrice)

$$OD = (95^\circ - 2,00) + 1,50 \text{ sph.}$$

OC: (70 - 1,75) + 1,00 sph

\* VP (V.A.R + maritime)

added + 2,75 sph on

- Hyphen 1st the 2<sup>nd</sup> part

8, Avenue My Slimane, App 4, 2<sup>ème</sup> étage, Résidence Royale, (en face de la Wilaya de RABAT)

à côté Station Tram Al Joulane

Tél. : 05 37 20 05 05 / 20 06 06

Fax : 05 37 20 77 97

Site : [www.mikou-ophtalmo.ma](http://www.mikou-ophtalmo.ma)

الدكتورة سميرة ميكو  
Dr. MIKOU Samira, ap. ALAOUI  
37 Rue 777, Rabat, Morocco  
الدكتور علوي  
Dr. ALAOUI, 10 BOLOGUE  
face de la Wilaya de RABAT  
06/07/2017

# COMPTOIR FRANÇAIS D'OPTIQUE



IEE 00166 9992000081

M. TOURNIER OPTICIEN DIPLOMÉ  
13, PLACE ALAQUITE - RABAT - TEL : 037 70 93 60

Rabat le : 11/3/2020

INR. 105020077

FACTURE N° 001456

№ 001456

M. 100 *g. yodéade* *nikou. Anticoi*  
Ordonnance du Docteur

Désignation	Prix
1 Monture Verres	300,00
TRANSMISSION A.R	
(-200) 95 + 15	300,00
Loin O. D.	
O. G. (-175) 70 + 100	300,00
1 Monture Verres	900,00
TRANSMISSION A.R	
(-200) 95 + 625	1150,00
Loin O. D.	
O. G. (-175) 70 + 375	155,00
COMPTOIR FRANCAIS D'OPTIQUE JOHANIER OPTICIEN	
TOTAL HT .....	
TOTAL TTC .....	

COMPTOIR FRANÇAIS D'OPTIQUE  
TOULONNIER  
OPTIQUE DIPLOME  
13, PLACE SAINT-ROQUETTE PARIS  
Arrêté le présentte facture à la s

## TOTAL HT

**TOTAL TTC**

Arrêté la présente facture à la somme de

www.70.93.60.11

Three QUARTS come to 90/-