

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

## **Diologie 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.

## **Éducation :**

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.

## **Prothétique :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

ND: 26946

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0008686**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 10561 Société :

 **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : EL AïBoudi Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... h Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

 **Lui-même** **Conjoint** **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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### **VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° P19- 0008686

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-502100

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10561 Société :

Matricule : 10561      Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : El Aïcha Mohamed

Date de naissance : 12/03/64

Adresse : de 687 691 3

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 2170,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. BEN YAHIA HAMDOUN Houria Sidi Othmane Av. N°II Bloc 29 N°42 Casablanca 20000 T 05 22 27 19 19

Cachet du médecin : 18/02/92

Date de consultation : 18/02/92 Nom et prénom du malade : El AI BOUJ. Imane Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Appens doulouxi.

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 :  Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-502100

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
28/02/90	G		25000	INP : OPD 093 AV OPTIQUE SIDI THAMEN CASA TÉL : 0522 59 70 31 / 0666 21 97 31

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ray	22/02/90	90.00
Den FOG - Casablanca		
Tél : 05.22.35.17.20		
TOURANT DESPRES		

### 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	
Euro Optique	16.02.90					1900.00
OPTICAIN ET OMETRISTE						
Bd. 10 Mars N° 66 Sidi Thamen Casa						
Tél 0522 59 70 31 / 0666 21 97 31						

### VOLET ADHERENT

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

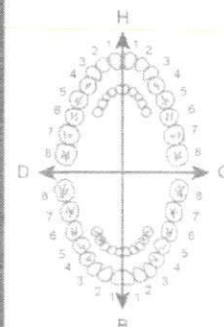
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

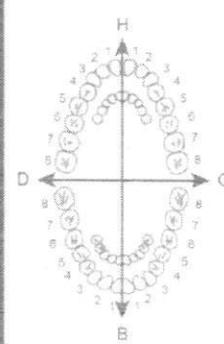
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111



### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	26533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [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 Houria BENMIRA Ep. HAMDOUN**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier

Ex. Chef d Service à l'Hopital Ben M'sik sidi Othman

Ex. Expérte Assermentée auprés des tribunaux

Laser - Angiographie

**الدكتورة حورية بنميرة حمدون**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدى عثمان سابقا

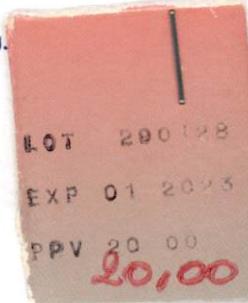
خبيرة محفلة لدى المحاكم سابقا

أشعة الليزر - راديو شبكة العين

Casablanca; le : 28 FEV. 2020 دار البيضاء في

EL AIBIDI

T mane



20.00

Gmelot



Mme 23)

x 11.

Dr. BEHMIRA HAMDOUN Houria  
OPHTHALMOLOGISTE  
Sidi Othmane Av. NIL Bloc 29 N° 42  
Casablanca  
Tél.: 0522 57 19 19

**Docteur Houria BENMIRA Ep. HAMDOUN**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier

Ex. Chef d Service à l'Hopital Ben M'sik sidi Othman

Ex. Expérte Assermentée auprès des tribunaux

Laser - Angiographie

**الدكتورة حورية بنميرة حمدون**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى بن مسيك سيدى عثمان سابقا

خبيرة ملحة لدى المحاكم سابقا

أشعة الليزر - راديو شبكة العين

Casablanca; le : ..... 28 FEV. 2020 ..... الدار البيضاء في

EL AISSI SIDI OTHMANE

Lunette N°  
anti-reflets

DS: (72° + 1,50)  
DB: (61° + 1)

**Euro Optique**  
OPTIQUE OPTOMETRISTE  
Bd. 10 Mars N° 66 Sidi Othmane Casablanca  
Tel : 0522 59 70 31 / 0666 21 97

Conectol

Dr. BENMIRA HAMDOUN Houria  
OPHTHALMOLOGISTE  
Sidi Othmane AV. NIL Bloc 29 N° 42  
Casablanca  
Tél : 05 22 57 19 19

# EURO OPTIQUE

Bd. 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél.: 05 22 59 70 31

E-mail : Euro optique@hotmail.com

PATENTÉ : 37203164

Facture N° :

0001935

Casablanca, Le 16.03.2020

M. EL Aiboudi IMANE

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur	O.D. 407 O.G. 407	O.D. - O.G. -	O.D. - O.G. -

FOURNITURES:

MONTURES:

Optique ..... 500,-

VERRES:

Daganiques Anti-reflets

O.D. :

( 42 + 1,50 )

-

Fox

Vision de Loin

165 + 1,00 )

-

Fox

O.G. :

O.D. :

Vision de Près

O.G. :



TOTAL

1900,-

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Quatre mille neuf cent dix