

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

## **ditions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **ologie 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.

## **que :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : EZ221540

Société : DAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EZZEDDI NE ZAINA

Date de naissance : 1964

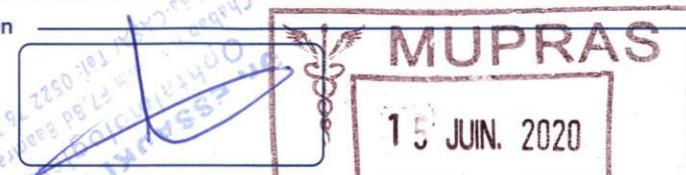
Adresse : RES. CHABAB ZONA 2A BLOC A5

.....IM. A. APP + A. SELA N

Tél. : 0665007116 Total des frais engagés : 47000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/06/2020

Nom et prénom du malade : EZZEDDI NE ZAINA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de cœur et de

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 : 12/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : EZ

# 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
07/09 2010			600,00 DT	<i>[Handwritten signatures and stamp]</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPTIQUE 303, Boulevard Ziraou Casablanca Tél: 0522 49 11 77 - Fax: 0522 49 11 77	12/6/10	4.500,00 DT

## ANALYSES - RADIographies

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

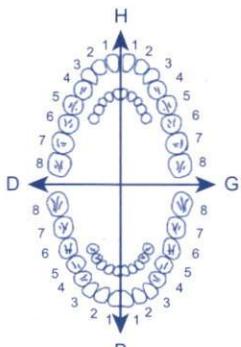
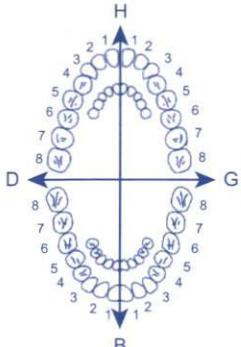
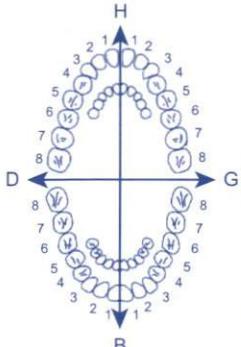
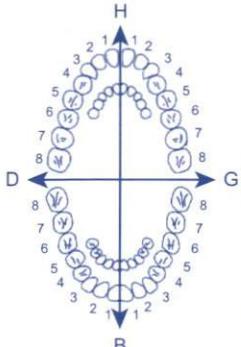
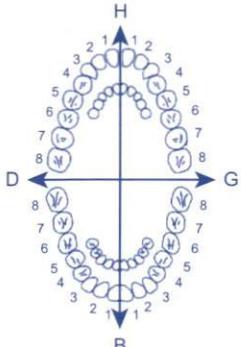
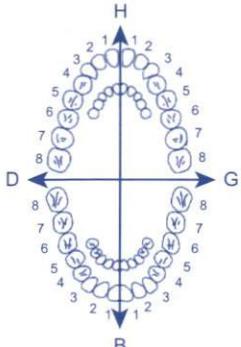
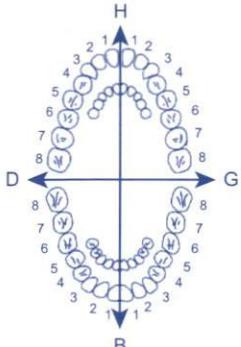
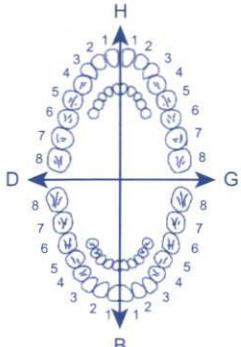
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

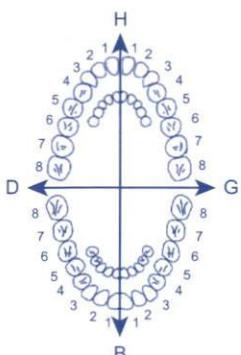
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Docteur  
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



**الدكتور  
الصادقي فهد**

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج باشعة الليزر

Casa Le : .....05/06/2020.....

**Mme Ezzidi Naima**

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

OD : +1,75

OG : +1,25

OD : add+3.00

OG : add+3.00

KERATOPIQUE  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tel: 0522.49.27.39-Fax: 0522.49.27.4.



الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمرياني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

**KERATOPTIQUE**  
OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077  
INPE : 0095001855

**FACTURE N° 0010087**

Mme EZZIDI Naïma. 10/6/20.

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl ..... Sph .....	OD:Cyl ..... Sph .....
OG:Cyl ..... Sph .....	OG:Cyl ..... Sph .....

**Double Foyer**

OD:Cyl ..... Sph .....	+1.75	ADD ..... +3.00
OG:Cyl ..... Sph .....	+1.25	ADD ..... +3.00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE monture optique	1.000,-
2	VERRE verre progressif NxK arrière Traitement anti-reflet	3.500,-

Montant en Lettres : quatre-vingt-cinq cent	TOTAL	4.500,00
---------------------------------------------	-------	----------



Cachet, Signature  
**KERATOPTIQUE**  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tél: 0522.49.27.39 - Fax: 0522.49.27.40