

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-544049

M'S 31793

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 00 133 91		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : ASSIMEDINE Elmechah			
Date de naissance : 26/03/1996			
Adresse : 258, HAY MOUKAWAII, OUED-ZEM			
Tél. : 06 04 63 16 20		Total des frais engagés : 0 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 29/06/2020	
Nom et prénom du malade : ASSIMEDINE ELMECHAH	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : come	
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 : 14/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

ASSIMEDINE ELMECHAH



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		A M	P C	I M	I V	
IRDAOUS VISIO	SOLICITATION					2000 c.
Abdelmoumen KACBANE 0648724173	OPTIQUE					500
IRDAOUS VISIO	renommage FCN°5					
Abdelmoumen KACBANE 0648724173	obtien					

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

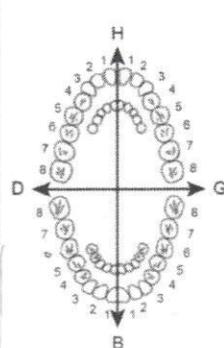
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dz. Malika BOUKSIM

\* OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le : 09 Juin 2020

Mr. ASSIMEDDINE Elmehdi

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = (- 1.50 à 7°)

OG = (- 0.50 à 4°)

AL FIRDAOUS VISION  
202 Bd Abderrahmane RDC N°5  
GSM : 06 48724173

PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux

Dr. BOUKSIM M.  
Ophtalmologue  
Résidence Al Firdaus  
Bd. Oum Rabii  
Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

# ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

## FACTURE

FACTURE N° : **294/2020**

CLIENT : **ASSIMEDDINE EL MEHDI**

DATE FACTURE : **20/06/2020**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures :	<u>1</u> pierre loti	500,00 DH
Verres :	<u>OG1</u> orma zeiss 1.5 platinum	750,00 DH
	<u>OD1</u> orma zeiss 1.5 platinum	750,00 DH
Nomenclatures :		
OD : +0.00 (-1.50 à 7°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		
OG : +0.00 (-0.50 à 4°) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00		

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**DEUX MILLE DIRHAMS**

PAYE PAR CHEQUE

**Total TTC :** **2 000,00 DH**

**Total HT :** **1 666,67 DH**

**TVA 20% :** **333,33 DH**

**Frais de Timbres :** **0,00 DH**

**Montant Total Payé :** **2 000,00 DH**

Code INPE



123456789

428231

34700825

ICE 00223025300090