

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **iologie 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.

## **ique :**

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 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19-0029456

Optique

33 178

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2921 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIL DRIBS

Date de naissance : 21-06-1954

Adresse : CASAB

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Hé TAMARY JADIA s/p. SABIL

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : conect

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 20.11.2020

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 : CASAB Le : 09/03/2020

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
30/06/2020	ce		2000H	

## **EXÉCUTION DES ORDONNANCES**

## **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
		AM	PC	IM	IV	
AL FIRDAOUS VISION 202 Bd Abderrahman RDC Casablanca GSM : 06 48724173	N° 235 AL FIRDAOUS VISION Casablanca 06 48724173	Sept	ique			2300,-

#### **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

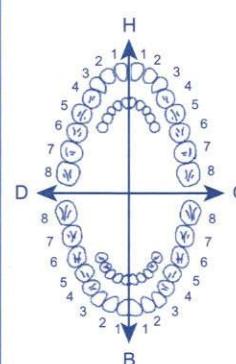
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

		H
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

#### **(Création, remont, adjonction)**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوعسم مليكا**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر.....

Casa le :

30/06/2020

**Mme SABIL Saâdia**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 86°)

OG = + 1.75 (- 0.50 à 95°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

**AL FIRDAOUS VISION**  
202 Bd Abdelloumen RDC N°5  
Casablanca  
GSM : 06 48724173

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 91 41 11

# ALFIRDAOUSS VISION

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE

Tél : 0648724173

## FACTURE

FACTURE N° : **195/2020**

CLIENT : **SABIL SAADIA**

DATE FACTURE :

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

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 perlo	500,00 DH
Verres : OG1 progressif antireflets xtra gris indo N10	900,00 DH
OD1 progressif antireflets xtra gris indo N10	900,00 DH
Nomenclatures : OD : +1.00 ( -0.50 à 86° ) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00 OG : +1.75 ( -0.50 à 95° ) , Add = +3.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**DEUX MILLE TROIS CENTS DIRHAMS TTC**

**Total TTC : 2 300,00 DH**

**Total HT : 1 916,67 DH**

**TVA 20% : 383,33 DH**

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

**Montant Total Payé : 2 300,00 DH**

428231

Code INPE



123456789

34700825

ICE 00223025300090