

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-459278

N° D 34665 .

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 13221 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAYANE OUMAYMA			
Date de naissance : 24/09/1993			
Adresse : 630 BL 4 ETG RC MUNICIPAL CASABLANCA			
Tél. : 0762 49 60 00 Total des frais engagés : .....			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 23/6/2020	
Nom et prénom du malade : BAYANE Oumayma Age : .....	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : cataracte	
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 : 23/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVÉ 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
3/6/2024	C.s.		250 DH	INP : 1111096608 Dr. ALMOYOGSTE N° : 05 24 46 45 56 5, Rue de Babat SAFI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. BERNARD HABIB			

## AUXILIAIRES MEDICAUX

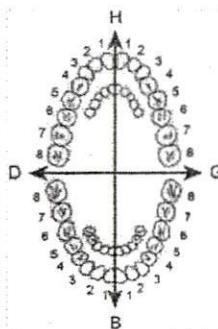
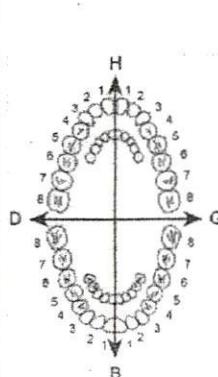
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE GUARINELLI	06/06/2020					3000,00
SARZY AU						
ST AV. Abdezzam M'jid						
ST ELUED SAFI						
ST ETELLA						

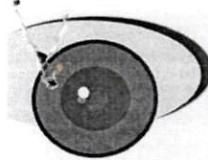
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 11433553	D      E	
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	



**OPTIQUE  
BOUKRROUM**  
s.a.r.l

**BOUKRROUM ISMAYL**  
Opticien - Optométriste  
Spécialiste en verres progressif  
Spécialiste en lentilles de contact

Facture N° : **8/6/2020**

Le **06/06/2020**

Client: **BAYANE**

OUMAYMA

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT		+0.75	30	
OEIL GAUCHE		+0.50	140	

Vision de Loin :

Monture: **MONTURE**

Verres : **ORGANIQUES 1.6  
ANTIREFLETS**

Vision de Prés:

Monture:

Verres :

Montant de Loin:

OEIL DROIT	900,00
OEIL GAUCHE	900,00
MONTURE	1 200,00

Montant de Prés:

OEIL DROIT	0,00
OEIL GAUCHE	0,00
MONTURE	0,00

**PRIX T.T.C**

**3 000,00**

**PRIX H.T**

**2 500,00**

**TVA**

**500,00**

Arreté la présente facture à la somme de:

**TROIS MILLE DIRHAMS**

*OPTIQUE BOUKRROUM  
SARL AU  
1, Rue 1 AV. Abdessalam M'jid  
BLED EL JED SAFI  
Tél. 05 24 62 59 80*

Rue 1 N° 1 Boulevard Abdessalam M'jid Bled el jed Safi - Tél / Fax : 05 24 62 59 80

ICE: 000005139000054

Auto.SGG:16138 - Patente:46751567 - R.C:5731 - CNSS:6602800 - INPE:115001109 - LF:14397467

# Dr. Mahfoud Filali Abdelaziz

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé F.M de TOULOUSE

5, Rue Rabat ( Coin de Paris) V.N – SAFI

Tél : 05 24 46 46 36



الدكتور محفوظ الفلايلي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب ببولوز

5، زنقة الرباط - ركن باريس - أسفي

الهاتف : 05 24 46 46 36

Safi le ..... 3 . 6 . 2020 ..... أسفي في :

BAYANE

Dumaima

Le nettoyage organique

$$OD = (30^\circ + 0175)$$

$$OL = (140^\circ + 0150)$$



OPHIQUE BOUKROURM  
SARL AU  
5, Rue 1 AV. Abdeslam M'did  
ZSED EL JED SAFI  
Tél : 05 24 62 59 80