

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



Déclaration de Maladie

N° W19-553537 *N.D. 36357 COURRIER NSR*

|   |                                       |  |                                 |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie          | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique      | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)            |                                       |  |                                 |
| Matricule : <b>11436</b>                  |                                       |  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :                 |                                 |
| Nom & Prénom : <b>I Driss Loukman</b>     |                                       |  |                                 |
| Date de naissance :                       |                                       |  |                                 |
| Adresse :                                 |                                       |  |                                 |
| Tél. : <b>0661902613</b>                  |                                       | Total des frais engagés : <b>53.05,30 DH</b> Dhs |                                 |

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR. A. FATHI BEN SAUDI  
OPHTALMOLOGISTE  
1- Bld Mohamed V Rue 27  
SIDI BOUZID  
T: 05 22 22 66*

Date de consultation : **17/07/2022**

Nom et prénom du malade : **LOUKNAN IDRISS** Age : **40 ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : **17/07/2022** Le : **17/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° W19-553537

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 : **11436**

Nom de l'adhérent(e) : **I Driss Loukman**

Total des frais engagés : **53.05,30 DH**

Date de dépôt : **06/08/2022**

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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  |
| <u>17</u><br><u>07</u><br><u>20</u> | <u>CS</u>         | <u>C2</u>             | <u>200,00</u>                   | INP : <u>061157038</u><br>DR. N. FATHA<br>OPHTALMOLOGISTE<br>ST. BON MOHAMED VRUCZ<br>SETTAT<br>Tel: 023.72.22.66 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Bourassauteur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 17/07/20 | 105,30                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICALS

| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier  | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|  |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| OPTIQUE<br>Opticien Optométriste<br>Laila M. GDOUL<br>2 Bd Mohamed V Settat<br>22105-23.49.31.50 | 25/07/20          |        |     |     |     | 5.500 M                            |  |

#### **Violet Adherent**

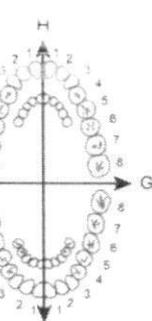
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVÉ 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.

| SOINS DENTAIRES   |  | Dents Traitées   | Nature des Soins                                       | Coefficient | INP : [REDACTED]                          |
|---|--|--|--|-------------|---|
|              |  |  |  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED] |
|   |  |  |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]      |
|   |  |  |  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> [REDACTED]       |
|   |  |  |  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> [REDACTED]         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              |  |             |   |
|             |  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED] |
|   |  |  |  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED]      |
|   |  |  |  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]           |
|   |  |  |  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]     |
| <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |  |  |             |   |

LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQR

عيار H5397  
FAB: 11-2019  
EXPI: 10-2021

Chirurgie Cataracte - Implant

Glaucome - Strabisme

Laser - Angiographic

Chirurgie de la Myopie  
par laser Excimer ( LASIK )



الدين فتح الله الدا  
في أمراض و جراحة العيون

إحالة الحالات - العدسة

الزراق ( طبيسيون )

ول - مسالك الدموع

العلاج بأشعه الليزر

حصر الشرايين بالأشعة

جراحة قصر النظر بالليزر

أيكون مب®  
Icomb®  
Lot: W M 0102  
Fab: 11 19  
Exp: 11 21

PPV: 30 DH 30



Settat , Le ..... 17 JUIL. 2020

سطات في

Opticienne Optométriste  
Bd Mohammed V Settat  
Laâïla MADGDOLU  
43-45-23-40-31-52

OPTIQUE 2000

OD: -3,75 (-4,75-20)

OC: -2,75 (-3,75-160)

Add: +0,00  
Accomplissement



30,00  
if Tareb  
25,00 1g x 4 fl  
if levophtha  
1g x 4 fl



105,00

Dr. N. FATHALLAH DAOUDI  
OPHTALMOLOGISTE  
21, Bd.Mohammed V Rue 2  
SETTAT 26000  
Tél: 05 23 72 22 66

21, Bd. Mohammed V Rue 2 ( EN FACE DE LA MUNICIPALITE ) 26000 Settat

Tél : 05 23 72 22 66

**OPTIQUE 2000**

Opticienne - Optométriste  
**LEILA MAGDOUL**

39, Bd Mohammed V - Settat  
Tél/Fax : 0523 40 31 52

R.C N° : 6382

Patente : 40104979

Le code INPE : 065002503

Nº 001984



## FACTURE

### Le code à barres



065002503

Nom du client : Carole M. E. Visscher. Docteur : J. A. J.

## Vision de Loin

OD : Sph..... Cyl..... -4.00 x 20

OG : Sph..... Ast..... Cyl..... -3 Trax. 165

Vision de Prés

OD : Sph... + 2 ..... Cyl.....

OG : Sph. -4.2 Cyl. ....

Prêtée la présente Facture a la somme de : .....

**OPTIQUE 2000**  
Opticienne Optométriste  
**Cachet et signature**  
Laila MAGBOU  
39, Bd Mohamed V Settat  
Tél: 05.23.40.31.52