

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6756 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSA FAY HAASSAN

Date de naissance : 31 MARS 1964

Adresse : Avenue 01 N° 103 Hay Chrikha

Annexe Chrikha Chrikha

Tél. : 0661915350 Total des frais engagés : 2100 + 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AOUFOUCHI  
Ophtalmogiste  
Hay Sadri, Av. Maâti Ben Ziad  
Imm. "D" N° 7 Casablanca

Date de consultation : 12 AOÛT 2020

Nom et prénom du malade : MOUSSA FAY HAASSAN BEDDA Age : 55

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie orale

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 : Le : 12/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-047701

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
12 AOÛT 2020	201F		250 DT	Dr. AOUFOUCHI Opticien Optométriste Hay Sadri, Av. Maâti Ben Ziad Imm. "D" N° 7 - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	19/03/2023			Amelie		2100,-

## VOLET ADHERENT

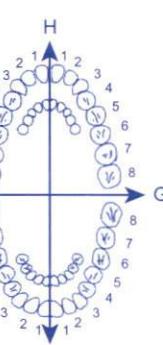
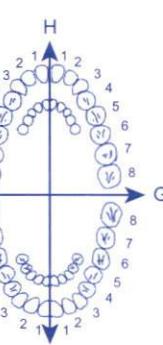
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M. AOUFOUCHI**

**Ophthalmologiste**

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux  
Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...  
Chirurgie de la Myopie

**الدكتور م. أوفوشي**

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جلالة - الزراق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر- العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

Casablanca, le ..... 12 AUGUST 2020 ..... الدار البيضاء، في

Moulay Hafid MINA.

..... a la demande

em .. + 2.25 -

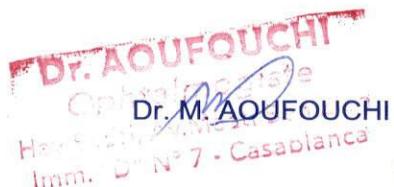
or : + 2.25 -

- dan .. سع ..

ver à 20 cm

2 x 1 - person

à 20 cm devant



شارع المعطي بن زيد - عمارة "D" رقم 7 - حي الصدرى - المركب الخيري بن امسيك سidi عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.95.56  
Av. Maâti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Té l.: 05.22. 71.95.56

Té l.: 06 39 81 02 94 /95

# AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



# بصريات الحرية

عن الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Nº 004030

Docteur: P. AOUFOUCHI  
Mr.: Moussa FIR - MINA.

## Nomenclature :

Montures :	VL .....	<u>220</u>	600,-
	VP .....	<u>optique</u>	

Type de verres : .....  
verre AR O.

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

OG: Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... +90 750 .....

OG: Axe : ..... Cyl : ..... Sph : ..... +20 750 .....

Add : .....

= 8100,-

Total : dix mille cent vingt

Date: 12 / 08 / 2020