

# 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047702

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6756 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUSSAFIR HASSAN  
Date de naissance : 31 MARS 1964  
Adresse : P.O. N° 103 Hay Chrikha Ain Elchokh Hassan  
Tél. : 0601915355 Total des frais engagés : 3600 + 250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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 : MOUSSAFIR HASSAN Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HASSAN  
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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047702

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 :



# 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
12 AOUT 2020	20p		25084	Dr. AOUF EL KHALIL Ophtalmogiste 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

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
		A M	PC	IM	IV	
	19/8/2020		lunette			3600,-

VOLET 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**الدكتور م. أوفوشي**

## أخصائي في أمراض وجراحة العيون

**جلالة - الزراق - الحول**

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

## الليزر- العدسات اللاصقة ..

## جراحة عيوب البصر

Casablanca, le 12 AOUT 2020 الدار البيضاء، في

mon SS AF12 H+SSAR

\_\_\_\_\_ en h. du et de pas  
# progrès # orph---

$$\begin{array}{r} 41 \text{ on } + 2.5 \\ \text{or } + 3.0 \end{array}$$

$\nu_{\text{P-odd}} \approx 2.5 \text{ } \omega_{\text{Gr}}$



Dr. AOUFOUCHI

Ophthalmo

Dr. M. AOUFOUCHI

Hay Sadri, Av/Maati Ben Ziad

Imm. "D" N° 7 - Casablanca

05.22.71.95.56 شارع المعطي بن زياد - عمارة "د" رقم 7 - حي الصديري - المركب الخيري بن امسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف :  
Av. Maâ ti Ben Ziad, Imm. "D" N°7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56

Tél.: 06 39 81 02 94 /95



# AL HORRIA OP

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



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

N° 004029

Docteur : M<sup>r</sup> AOUFOUCHI

Mr. : MOUSSAFIR - HASSAN

## Nomenclature :

Montures :

VL

VP

Type de verres :

## \* VISION DE LOIN :

OD : Axe : - Cyl : - Sph : +2.50 1500 -

OG : Axe : - Cyl : - Sph : +3.00 1500 -

## \* VISION DE PRES :

OD : Axe : - Cyl : - Sph : -

OG : Axe : - Cyl : - Sph : -

Add : +2.50

= 3600, 00

Total : trois mille six cents 00

Date : 12.08.2020