

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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 à caractère personnel.

**RAS : 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 (é)

Matricule : 1063

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : REZKI ABDELLAH AMID

Date de naissance : 07-01-1950

Adresse : lot communal Al Biss II N°112 CASA 02

Tél. : 06 16 08 71 69 Total des frais engagés : 33 00,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. BERRADA Mohammed**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
104, Bis Bd. Abdelmejid, Rte ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.jamid@outlook.com

Date de consultation : 26 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : REZKI YAMINA Age 1955

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique.

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 : 26/06/2020

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
26 JUIN 2020	2	x	300,-	ZAYDA MOHAMMED 41 MOLOGISTE Bouounen, Rte ACAPULCO 40 9522 99 48 41 mid@gmail.com

# ~~EXECUTION 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
		A M	P C	I M	I V	
Optique Mille pour cent Optométriste & Opticien	23/01/20					3000,00

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

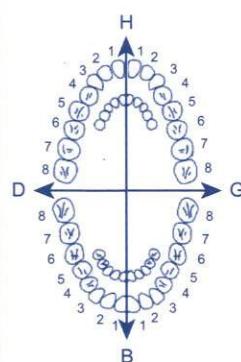
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohammed Berrada**



**الدكتور محمد براة**

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser

Casablanca, le ..... 26 JUIN 2020 .....

Rezki

Yomine

Rimettes

$$OD, (180, + 175) + 0^{\circ} 25$$

$$OG, plus \\ \text{---} \\ 175 = OD = 180 + 3$$

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

DR. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104 مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40/41 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N°

0104785

Date : 23/07/2020

Mr : REZISI AMINA

Docteur :

Type des Verres : Progressif organique  
anti-reflets

Monture : optique 1200,-

\* Vision de Loin :

OD	Axe	180°	Cyl	+1,71	Sph	-0,21	1000,-
----	-----	------	-----	-------	-----	-------	--------

OG	Axe		Cyl		Sph	PLAN	800,-
----	-----	--	-----	--	-----	------	-------

\* Vision de Près :

OD	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

OG	Axe		Cyl		Sph	
----	-----	--	-----	--	-----	--

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

Add : +3,00

Montant : 3000,-

Arrêtez la Présente Facture à la Somme de : trois mille

*db*

*S*