

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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.

## cique :

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.

## ntaire :

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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3701 Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Machane Ned

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : Nalika Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-058370

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 : 16 SEP 2020

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

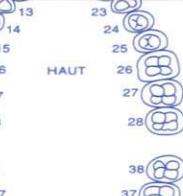
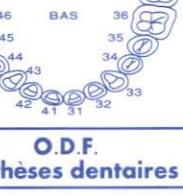
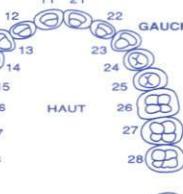
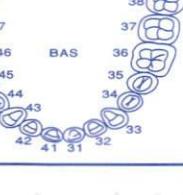
Date de dépôt : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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  | Coefficient des travaux  |
|--|--|--|--|--|
|   |  |  |  | <input type="text"/>   |
|   |  |  |  | <input type="text"/>   |
|   |  |  |  | <input type="text"/>   |
| <b>O.D.F.<br/>Prothèses dentaires</b>  | Détermination du coefficient masticatoire                    |  |  | <b>Coefficient des travaux</b><br><input type="text"/>   |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>35533411       | G<br>21433552<br>00000000<br>G<br>00000000<br>11433553 | (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | <b>Montant des soins</b><br><input type="text"/><br><b>Date du devis</b><br><input type="text"/><br><b>Fin d'execution</b><br><input type="text"/> |
| <b>Visa et cachet du praticien<br/>attestant le devis</b>                          | <b>Visa et cachet du praticien<br/>attestant l'execution</b> |  |  |  |



T1-H

## AMPL

P 14 / 25755

25755

**DATE DE DEPOT**

120

|  |                                  |                                 |            |
|--|----------------------------------|---------------------------------|------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT   |                                  | Mme 3701                        |            |
| Nom & Prénom   |                                  | MACHANE MOHAMED                 |            |
| Fonction   | EPIS                             | Phones                          | 0661321609 |
| Mail   | machane.mohamed@gmail.com        |                                 |            |
| MEDECIN  | Prénom du patient MTAZZIK MAMOUN |                                 |            |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> |                                  | Age 51 ans                      | Date       |
| Nature de la maladie   |                                  | Affecting Ocelair               |            |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |                                  |                                 |            |
| Nature des actes   | Nbre de Coefficient              | Montant détaillé des honoraires |            |
| C  |                                  | 250,-                           |            |
| PHARMACIE  | Date 07/08/2020                  |                                 |            |
| Montant de la facture<br>110,00  |                                  |                                 |            |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |                                  | Date                            |            |
| Désignation des Coefficients   | Montant détaillé des Honoraires  |                                 |            |
| CACHET   |                                  |                                 |            |
| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                                  | Date 07/08/2020                 |            |
| Nombre   |                                  | Montant détaillé des Honoraires |            |
| AM   | PC                               | IM                              | IV         |
| Equip.<br>ophtalmique.   |                                  | #5100,-                         |            |
| Belle JNET<br>51, Angle Bd. Sidi Hmed et Bd. Saïda<br>Tel: 0522 25 00 95 - Casabla                             |                                  |                                 |            |

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



# الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

04.08.20

Flm MACHANE Malika

11400

Flm Vision (Rouge) collège

Sette x 415

le ODC

RF

Olivier



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Mousaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري ، إقامة ندى "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



# الدكتورة نجید سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

Madame Malika MACHANE  
Casablanca, le vendredi 07 août 2020

Verres et monture pour vision de loin et de près :

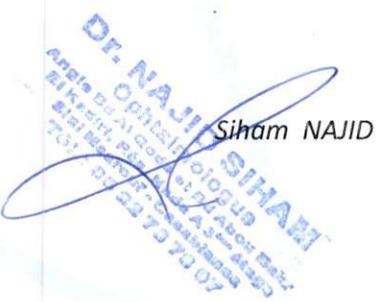
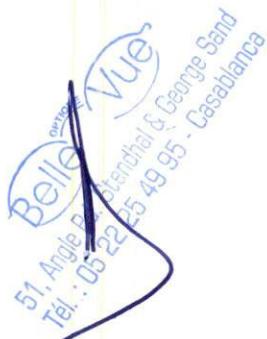
Œil droit : (30° -1.25) +1.75, Addition +2.00

Œil gauche : (135° -0.75) +1.50, Addition +2.00

Verres avec antireflets

Verres avec filtre bleu

En verres progressifs



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al Mustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس،شارع أبو بكر القادرى ، إقامة ندى "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء



**FACTURE N° 3 461**

**DATE:** 07/08/2020  
**NOM:** MACHANE Malika  
**MEDECIN:** NAJID

|       | SPH   | CYL   | AXE  | ADD |
|-------|-------|-------|------|-----|
| V.L.D | +1.75 | -1.25 | 30°  | 2   |
| V.L.G | +1.50 | -0.75 | 135° | 2   |
| V.P.D |       |       |      |     |
| V.P.G |       |       |      |     |
|       |       |       |      |     |
|       |       |       |      |     |
|       |       |       |      |     |

| DESIGNATION       | PRIX            |
|-------------------|-----------------|
| <b>MONTURE</b>    |                 |
| Optique           | 700.00          |
| <b>VERRES</b>     |                 |
| Progressifs AR    | 2200.00         |
| Progressifs AR    | 2200.00         |
|                   |                 |
| <b>Total TTC:</b> | <b>5 100.00</b> |
| <b>T.V.A</b>      | <b>850.00</b>   |

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE:  
CINQ MILLE CENT DIRHAMS**