

# 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° W19-572026

(47499)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9233

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABER Soumia

Date de naissance :

10/05/62

Adresse :

18 Rue El Hassan II  
RéSIDENCE 21 sur E 14 APP 11  
NOUVEAU CASABLANCA

Tél. :

0666 089893

Total des frais engagés : # 5102,200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

YOUSSEF BEN  
Ophthalmo-  
400, Bd Brahim Khlifi  
Tél: 0522 20 45 45

21 OCT. 2020

Date de consultation :

SABER Soumia

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire

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 :

15 NOV. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

SABER Soumia



### 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
21 OCT. 2020	O2		300/00	Demande de paiement 400, Bd Brahim Khouja Tél: 0524 22 12 28 Assit.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KIAVUE OPTIQUE 24, Rue Aziz Bilal Maârif CASABLANCA Tél: 0524 22 266 Fax: 0524 12 297	27/10/2020	48.00, VD

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

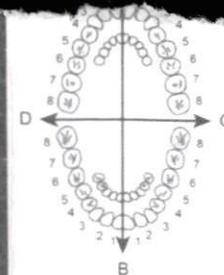
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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

MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

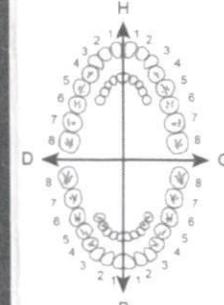


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	21433552-
25533412	00000000
D	G
00000000	00000000
B	
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophtalmologiste**

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
 Attestation de formation spécialisée approfondie  
 Université de Nantes  
 Maladie et chirurgie des yeux  
 ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخسي محسن  
**طب العيون**

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
 الدار البيضاء  
**أمراض وجراحة العيون**

Casablanca, le

21/10/2010

N° SOBR 'Souria'

AVENUE OPTIQUE  
 24  
 RUE  
 CASABLANCA  
 MAROC  
 Tél : 022.25.48.88 / Fax : 022.25.70.88

Réelle par 4 (Muter)  
 $\alpha = +1,15 \text{ (-0,15)} \circ 30^\circ$   
 $\alpha_e = +1,15 \text{ (-1,15)} \circ 170^\circ$

Add Up = +2,15 dio

Vers optique // antéop. // (Bifocal)

Dr Mouhssine D'KHISSY  
 Ophtalmologiste  
 100, Bd Brahim Roudani, 2<sup>e</sup> Etage  
 Tel: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88  
 CASABLANCA

Casablanca le : 27/10/2020

 FACTURE N° 0611020
**NOM CLIENT :** Mme SABER Soumia

**MUTUELLE :** MUFRAS

**ORDONNANCE DU DR :** D'RHISY Mouhssine du 21/10/2020

**DESCRIPTIF**
**MONTANTS TTC**

Monture : Optique

18,00,00

Verre D : progressif organique Sans 1.5 AR Neva Mad

15,00,00

N° de nomenclature : 431

 Diamètre : 65 mm

Verre G : progressif organique Sans 1.5 AR Neva Mad

15,00,00

N° de nomenclature : 431

 Diamètre : 65 mm

Produits de Lentilles :

KIAVUE OPTIQUE  
 24, Rue Aziz Bilal  
 Maârif CASABLANCA  
 Tel: 022 99 12 66  
 Fax: 022 99 12 97

**Total TTC :**

KIAVUE OPTIQUE  
 24, Rue Aziz Bilal  
 Maârif CASABLANCA  
 Tel: 022 99 12 66  
 Fax: 022 99 12 97

48,00,00 DHS

**Dont TVA Incluse :**
8,00,00 DHS

 Arrêtée la présente facture à la somme de TTC DHS quatre Millie huit cent dhs
IF40105545