

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044111/1617

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1617 Société : 54622

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. GARS MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse : IMM.F.S. APT. 2.C. RESIDENCE EL WAHDA BERRECHID

Cas 22325683

Tél. : 0674747768 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Sarta Saida

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : affe

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 : BERRECHID Le : 07 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

01 JAN 2021

45

250000

Dr. ELKARIM S. EL KARIM

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  
Date  
Montant de la Facture

Pharmacie Alla

Bd Med V / Ché Al Wadha mm  
Locaux N° 4 et 5. Dampoulid  
Tél : 05 22 32 48 38

# 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

OPTIDINE

KARIMEDDINE ADIL

Opticien - Optométriste

8, Lot Issam Hassan II 022 32 77 17

Tél. 022 33 32 61 Fax

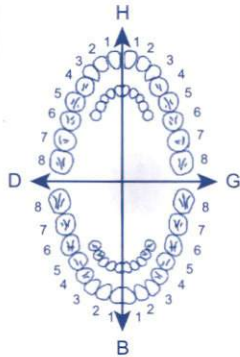
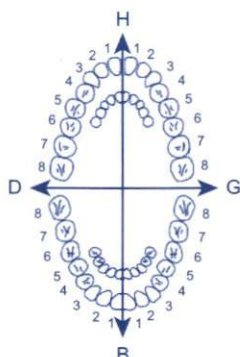
2300,00

# 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 d

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX



تصوير النوعية الشبكية ، عدسات اللاصقة فحص الشبكية

**OPTIDINE**  
**KARIM EDDINE ADIL**  
Opticien - Optometriste  
5, Lot Issali Bd Hassan II - Berrechid  
Tel. 022 53 32 61 - Fax 022 32 77 77

01 JAN. 2021

5. Lot Issail Bd  
 Tél. 022 53 32 61 - Fax

- *Principally*  $\cos(u)$   $4(u)$  *also*

$$\frac{V_L}{\omega} \int_{0.62}^{0.75} \frac{1}{\omega} d\omega = 1.00(-0.50 \times 60^2)$$

UtAv	Lot
05/22	19613

UtAv | Lot  
 05/22 | 19613

120,00  
 1) ~~Flucon~~ 2,50 LPS  
 2) ~~Flucon~~ 22,60  
 = 132,60

Angle Bd Med V el Yaacoub El Mansour  
 Entrée B Appt n° 5 - 1<sup>er</sup> étage  
 Tél : 0522.51.75.39  
 Ophtalmologiste  
 Dr. REZKI SIRINE

6 118001 070244  
 Flucon collyre de 3 ml  
 A.M. N° 103DMP/21/NCV

## Pharmacie Alla

Bd Med V, Cité Al Wahda imm.  
Locaux N°4 et 5, Berrephid



118001070244

Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

زواية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور

(فوق قيسارية الحاج أحمد جانب مختبر ابن سينا) إقامة الحاج أحمد الطابق الأول المدخل B الشقة رقم 5 - برشيد

Angle Bd Mohamed 5 Rue Yacoub El Mansour, Résidence Haj Ahmed

(Au dessus de kissariat Haj Ahmed Coté du laboratoire ibn sina) 1er Etage. Entrée B - Appt N°5 - Berrechid

Tél : 05 22 51 75 39 / 06 56 16 04 86 - E-mail : [sirine.med11@gmail.com](mailto:sirine.med11@gmail.com)



Client :

MME SARTI SAIDA

Berrechid le : 06/01/2021

**FACTURE N° : 11/2021**

Désignation	Quantité	Prix U. TTC	Prix Total TTC
MONTURE OPTIQUE	1	700,00	700,00
VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS + AN	2	800,00	1 600,00
INP 065002248			-
Arrêté la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CENT DIRHAMS	TOTAL HT		2 300,00

Cachet et Signature

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste  
5 Lot Essafi Bd. Hassan II - Berrechid  
Tél. 05 22 53 32 61 - Fax 022 32 77 77