

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-707940

134328



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>8369</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>TOKJMAN ALDEAOU'</b>			
Date de naissance : <b>01/10/1966</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>0661400668</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<b>Dr. BERRADA Mohammed</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> <b>104, BIS Bd. Abdelmoumen, Rte ACAPULCO</b> <b>Tél. : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41</b> <b>E-mail: berrada.hamid@gmail.com</b>			
Date de consultation : <b>5 OCT/2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>TOKJMAN ALDEAOU'</b> Age : _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>AFFECTION OPHTHALMOLOGIQUE</b>			
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 : _____			
Signature de l'adhérent(e) : _____			

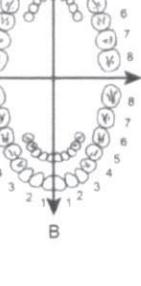


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Recouvrement des Actes
15 OCT 2022	C 2	300-		INP : 081022771 Dr. SERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE Abdelmoumen, Rte ACAPUS 40 40 / 0322 99 40 41 serrada@mail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	07.10. 2022	( 408 ) 409				Mardi 809,00 Mercredi 1109,00 TOTAL 1909,00	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty)	<b>Nature des Soins</b> (empty)	<b>Coefficient</b> (empty)	<b>INP :</b> <input type="text"/>																
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>																
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b> <table border="1" data-bbox="1502 857 1706 1000"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B	
					H															
					25533412	21433552														
					00000000	00000000														
					D															
G																				
B																				
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																				
<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>																				
<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																				
<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>																				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																				

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميوبية بالليزر

Casablanca, le ..... - 5 OCT. 2022 .....

TORJMAN AMR

lunettes

OD. (175. - 1,5) - 4,00

OS. (10. - 1,5) - 4,25

verres ombré ou miroirs  
filtre bleu

OPTIPRI  
Opticien Optométristes  
Résidence Al Mawlid 4  
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anouar  
Casablanca - Tel : 0522 98 24 68

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 - GSM : 06 62 15 84 83 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com

# OPTIPRI

Votre Vision, notre passion

Nom : TARIJMAN  
 Prénom : AMR  
 Mutuelle : MUDLAS

Facture N°

5353

	VL	VP	CODE
Monture	800,00		
Verre O D	550,00		VL 408 VP
Verre O G	550,00		VL 409 VP
Divers			
<b>TOTAL</b>	<b>1900,00</b>		

Mille neuf. cents dhs

Mode de Paiement :

Chèque  
N°

Espèce

OB: -4,00 (-1,50, 175<sup>e</sup>)

Fait à Casablanca .....

06: -4,25 (-1,50, 10<sup>e</sup>)

Le 07/10/2022

Cachet et Signature

INP 095002143  
ICE 001525105000023

OPTIPRI  
Opticiens et Cométristes  
Résidence Al Mawlid 4  
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual  
Casablanca - Tél : 0522 98 24 68

2, Résidence Al Mawlid - Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual  
 Tél.: 0522 98 24 68 - Fax : 0522 98 29 87  
 R.C. N° : 91885 - Patente N° : 34715597 - Ident.Fiscal N° : 1086454