

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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° W21-764811

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10302 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ENOUSKI Akob Imaj

Date de naissance : 15/07/1963

Adresse : 23 RUE ANOUM, RESID FLEURY  
APT 28 KENITRA

Tél. : 0660 30 87 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 / 10 / 2022

Nom et prénom du malade : Enouski Akob Age : 13 ans

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

Nature de la maladie : Anisotropie

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 : Kenitra Le : 25 / 10 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-764811

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



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
09.10.22	c	1	25.726 rue Av. Mohamed Diouri & rue Amira Aïcha n° 9 Algérie - Tél.: 05 37 39 42 00 INPE n° : 051262722	 INF : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] MAHDI

[illegible][illegible][illegible]

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

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b>            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP: | | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

DATE DE  
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Fadela MAHDI**  
**Ophthalmologiste**  
 Maladies et chirurgie des yeux  
 Angiographie numérisée  
 Laser - OCT  
 Ex. attachée à l'Hôpital militaire  
 d'Instruction Mohamed V - Rabat

  
**CABINET**  
**D'OPHTALMOLOGIE** عيادة طبيب العيون

**الدكتورة فضيلة مهدي**  
 أخصائية في أمراض وجراحة العيون  
 تصوير لأوعية المرقوم - الليزر  
 فحص الشبكة بالليزر  
 طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري  
 الدرامسي محمد V - الرباط

**ALAE**  
 22/04/2022

correction optique

OD = - 9.75 (- 0.25 à 65°)

OG = plom

verre ant - lumière bleu

**CONFORT OPTIQUE**  
**MÉCHICH ALAMI Kaoutar**  
 Opticienne Optométriste  
 17, Rue El Mansali, Max N°1  
 Kénitra - Tél: 05 37 36 60 90  
 ICE .° : 001667375000030

**Dr. Fadela MAHDI**  
 Ophthalmologiste  
 Angle Av. Mohamed Diouri &  
 1<sup>er</sup> Etage Bur. n° 9 - Kénitra  
 Tél: 05 37 39 42 40

شارع محمد الديوري زنقة أميرة عائشة عمارة النخيل الطابق الأول رقم 9 - القنيطرة.

Angle Av. Mohamed Diouri et rue Amira Aicha Imm. Annakhil 1<sup>er</sup> Etage Bur. n° 9 - Kénitra.  
 Tél: 05 37 39 42 40 GSM : 06 32 77 75 18 E-mail: docteurfadela4@gmail.com



# Confort Optique

Kénitra, Le 25/10/2022

17, Rue El Hansali Mag N° 1 (Près de C.T.M)

Kénitra - Tél. : (05) 37 36 60 90

R.C. : 45468 - Patente : 201 10 942

I.F. : 288 23 742 - CNSS : 65 85 262

**FACTURE**

N° 0788

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Kaoutar  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N°1  
Kénitra - Tél. : 05 37 36 60 90  
ICE : 00160737500030

Payé espèces

M. ENOUSIR

Dr. FADDEL MAHDI

VISION DE LOIN

VISION DE PRES

OD: Sph -0,75 Cyl (-0,25 à 65)

OG: Sph Plan Cyl

OG: Sph Cyl

QUANTITÉ

DESIGNATION

PRIX

Monture :

Verres : Presbytie traitée

Anti-reflet Arce

lunette Bleue

MONTANT (en lettres)

Total TTC : 1200,00 DH

Cachet Signature

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Kaoutar  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N°1  
Kénitra - Tél. : 05 37 36 60 90  
ICE : 00160737500030

CONFORT OPTIQUE  
MECHICH ALAMI Kaoutar  
Opticienne Optométriste  
17, Rue El Hansali, Mag N°1  
Kénitra - Tél. : 05 37 36 60 90  
ICE : 00160737500030