

## 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

- 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° W21-769356

38464

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance : 10/01/1970

Adresse : 14 Rue ABU DAWUD AL GHAFARI

444 1221111 Berrechid

Tél. : 0670562056 Total des frais engagés : 1200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AHMEDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

Date de consultation : 21/11/2022

Nom et prénom du malade : MAAROUFI Asmaa Age : 25ans

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

Nature de la maladie : diabète 2ème type SDC

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 : 24/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :



10, Avenue de la République  
91131 Evry-Courcouronnes  
Tél : 01 69 11 31 11  
Fax : 01 69 11 31 12  
E-mail : [inpe@inpe.fr](mailto:inpe@inpe.fr)  
Site : [www.inpe.fr](http://www.inpe.fr)

[illegible]

6000-

[illegible]

OPHTHALMOLOGIE  
10, Avenue des Nations Unies  
Agdal - Rabat  
Tél : 0537 911 911  
100064245

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>OPHTHALMOCLINIC NOOR SA</p> <p>10, Avenue des Nations Unies Agdal - Rabat</p> <p>Tél: 0537 911 911</p> <p>1000642/15</p>	08/11/2022	Indolemie au laseyay	1200,00

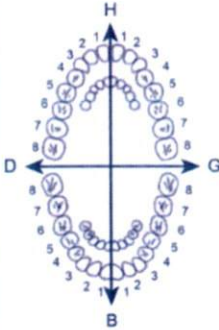
[REDACTED]

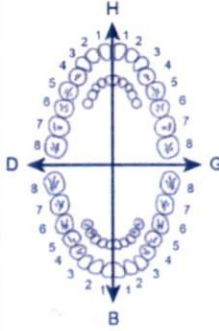
[illegible]

5 2

**Important :**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													
					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				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																											
	<table><tr><td colspan="4">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">D ————— G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4">B</td></tr></table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D ————— G				00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	H																																	
	25533412	21433552																																
	00000000	00000000																																
	D ————— G																																	
	00000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	B																																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>																												
					DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>																												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

08 novembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

Laser Yag (iridotomie)

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
10, Avenue des Nations Unies,  
Agdal - Rabat  
Tel : 0537 911 911 (C1)

Dr. AHBEDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101499883

# OPHTALMOCLINIC NOOR

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat  
Tél : 0537 911 911

100064245



## F A C T U R E

N° 7 361 / 2022 du 08/11/2022

Nom patient	MAAROUFI ASMAA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	08/11/2022	08/11/2022

[\* ]E2/I

IRIDOTOMIE AU LASER

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
IRIDOTOMIE AU LASER YAG	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
				1 200,00

Total général 1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Encaissements	Espèces	Total encaissé	Solde
	1 200,00	1 200,00	0,00

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
10, Avenue des Nations Unies,  
Agdal - Rabat  
Tél : 0537 911 911 (C7)