

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 Durées ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Étage Angles 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 76 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-682458

par courrier

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3550 Société : RAN 160560

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ABDELMOUMMI Rachida

Date de naissance : 06/03/1956

Adresse : N°3 Rue Chevroch Hay Annoustaal Oujda

Tél : 066578634 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29 MARS 2023

Nom et prénom du malade : ABDELMOUMMI Rachida Age : 67 ans

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

Nature de la maladie :

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 : OUSA

Le : 09/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-682458

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 : 3550

Nom de l'adhérent(e) : ABDELMOUMMI

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 09/03/2023

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
19 Mars 2023	CS 2		250+	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] INRE: 031249578

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

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
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	
FAICAL OPTIC SARL AU Opticien Optométriste 9, Bloc D, Lot. ENNOUR Avenue Ibn Atir- FES - MAROC	03.05.2023					1800 DH

VOLET ADHERENT

* 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 : [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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. AMRANI Youssef

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté

de Médecine de Rabat



الدكتور عمراني يوسف

إختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط

Oujda, le 28/03/23 في وجدة،

Nom et Prénom du malade :

Abdelhakim Boudia

VERRES DE CORRECTION + MONTURE

*** VISION DE LOIN :**

OEIL Droit : + 1 (- 1.50 à 1.00)

OEIL Gauche : + 1 (- 1.25 à 80)

*** VISION DE PRES:**

Abdelhakim + 2.70

OEIL Droit :

OEIL Gauche :

progressifs

FAICAL OPTIC
opticien optométriste
9, Bloc D, Lot. ENNAJOUR
Avenue Ibn Atir - FES - MAROC



081219578

24, شارع يوسف ابن تاشفين عمارة عمر ابن عبد العزيز الطابق الأول شقة رقم 108

مقابل ثانوية عمر ابن عبد العزيز - وجدة

24, Boulevard Youssef Ibn Tachafine . Imm Omar Ibn Abdelaziz 1er
étage appt N°108 (en face lycée Omar Ibn Abdelaziz) _ Oujda

Tél : 05 36 68 00 57

Sté FAICAL OPTIC SARL/AU

FACTURE

Opticien Optométriste



9, Bloc D Lot. Ennour Av. Ibn Atir

Tél. : 06 75 65 34 43 - FES

R.C : 45497 - T.P : 14050222

I.F : 15219671

ICE : 001695638000028

N° 0000051

FAICAL OPTIC SARL AU
Opticien Optométriste
Fès, le 03.03.2023
9, Bloc D Lot. ENNOUR
Avenue Ibn Atir

M. A Bdelmoumini

Radida Doit

DESIGNATION			QTE	P. U	TOTAL
CYL	AXE	SPH			
VL: OD: -1.50 OG: -1.25	100 80	+1.00 +1.00	2	600.-	1200.-
VP: OD: OG:					
ADD: 0.75	+2.50				
<p>FAICAL OPTIC SARL AU Opticien Optométriste 9, Bloc D Lot. ENNOUR Avenue Ibn Atir - FES - MAROC</p>			<input checked="" type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER <input type="checkbox"/> UNIFOCAL <input type="checkbox"/> MINERAL <input checked="" type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE <input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input checked="" type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU <input type="checkbox"/> 1,5 <input checked="" type="checkbox"/> 1,6 <input type="checkbox"/> 1,67 <input type="checkbox"/> 1,74 <input type="checkbox"/> 1,7 <input type="checkbox"/> 1,8 <input type="checkbox"/> 1,9 MONTURE OPTIQUE <input type="checkbox"/> METAL <input checked="" type="checkbox"/> PLASTIQUE		
1	600.-	600.-	TOTAL 1200.-		

Arrêtée la présente Facture à la somme de : mille Huit

cents DT