

# 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

- O Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- O Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- O Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïtal Ben Abdellah 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



## Déclaration de Maladie

N° W21-798289

161034

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8678 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUZAHZAH AHMED

Date de naissance : 29/07/1957

Adresse : 20 Rue Ras Asfour lot localij OUDJA

Tél. : 0661 6278 08 Total des frais engagés : 2300 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/04/23

Nom et prénom du malade : Bouzahzah Ahmed

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

Nature de la maladie : Corréctif optique

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22<br>04<br>23  | CMS               |                       | 300,00<br>1169                  | INP : 0910151419<br>Dr. WADJEN<br>OPHTALMOLOGISTE              |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

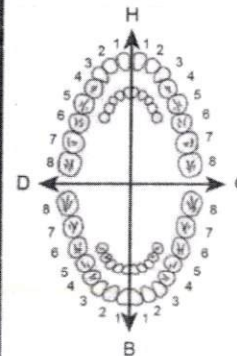
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

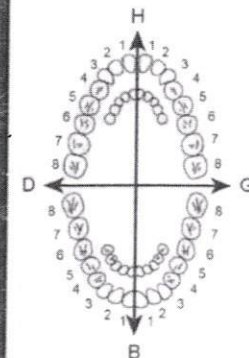
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    | 27/04/23       |        |    |    |    | 20000                           |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| G        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

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'EXE

# OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd. Youssef Bno Tachfine Hakam 1

N° 454 El Hay Mohammadi Casa

Tél: 06.69.00.97.85

0522.60.34.39

Patente: 32825428



N° 000224

نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 الحي الحمدي البيضاء

الهاتف: 06.69.00.97.85

0522.6034.39

الباتنتا: 32825428

W21-798289

Ordonnance de M. le Docteur : .....

ADIL WAHIDY

N° de nomenclature : .....

Correspondant à la prescription : .....

agavique AR

|      |                       |      |              |
|------|-----------------------|------|--------------|
| LOIN | O.D. : +2.50          | PRES | O.D. : ..... |
|      | O.G. : (76-0.50)+2.50 |      | O.G. : ..... |

## FOURNITURE

Monture : optique

Verres : agavique

Euis : Art. Refl 80 AR

Total : .....

8000

12000

20000

OPTIQUE GHITA  
Opticien Spécialiste  
Bd. Youssef Bno Tachfine Hakam 1, Ag. Ibn Tachfine  
N° 454 - Casablanca  
Tél: 06.69.00.97.85 / 0522.6034.39

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Casablanca, le : 27-04-23

M. ou Mme : BAZAHZAH AHMED

ICE 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 372042 CNSS: 173923031





Ophtalmologiste

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)

- جراحة الجلالة - الحول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايترك

06 44 05 49 05

27/04/2023

Casablanca, le :

**BOUZAHAZAH**

**Ahmed**

DE PRES Organiques

Oeil Droit : + 2,50

Oeil Gauche : (70° -0,50) + 2,50

OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
N° 452  
Boulevard Mohammed VI  
Casablanca  
Tél: 05 22 69 34 83 - GSM: 06 44 05 49 05

Dr. WAHIDY  
OPHTALMOLOGISTE  
Abdelmoumen Center  
et 24 Abdelmoumen  
Tél: 05 22 69 34 83 - GSM: 06 44 05 49 05