

# 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

- 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'H. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **8529**

Société :

**162408**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ALLAL ANACHAR**

Date de naissance :

Adresse :

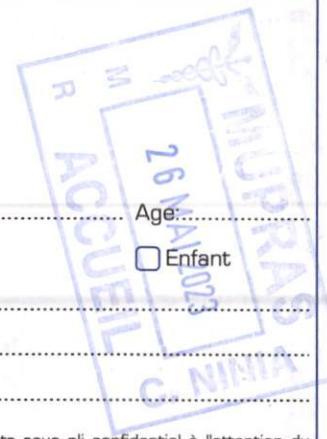
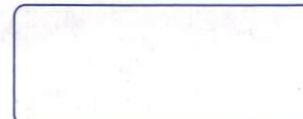
Tél. : **0661659211**

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-0010305**

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 :

## **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 Paiement des Actes

## **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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

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

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

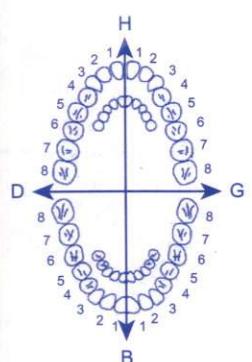
#### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# 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  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

<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>8529</b>	Société : <b>Retraite</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ALLAL ANACHAR</b>			
Date de naissance : <b>1/1/1959</b>			
Adresse : <b>cite Meteo de la GAV FAR INEZGANE DCHAIBI</b>			
Tél. : <b>0661659211</b>	Total des frais engagés :	<b>28.00 D.H.</b>	Dhs

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<b>ptahmologiste</b> Bureau : V° 2 Imm Twizi - 1er Etage Av. Hassan II - El Houdia - Inezgane Tel. : 05 22 22 11 11		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<b>ANACHAR</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>ALLAL ANACHAR</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>canctien</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 :** **Allal Anachar** **Le :** **1/1/19**

Signature de l'adhérent(e) :

*mf*

*Bureau : V° 2 Imm Twizi - 1er Etage  
Av. Hassan II - El Houdia - Inezgane  
Tel. : 05 22 22 11 11*

#### **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 Paiement des Actes
24/01/2011 t3			+ 30000H	INPI: 1041184417 Signature de Dr C. GAB Ophthalmologiste Bureau N° 2 imm Twizzi - 1er Etage Av. Masson II - El Hadj - Inergane Tél.: 05 29 37 11 12

## **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 Particien	Date des soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ABDANI OPTIQUE OPTICIEN-OPTOMETRISTE-CONTACTEROPTEUR TÉL: 044-81 AHMED ZAKARIA AGADIR M: 0650-665028	2014-04-19					2500.00 DH

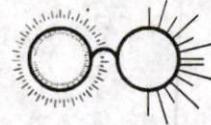
Cachet et signature du Particien		Date des visites
<b>ABDANI OPTIQUE</b> OPTICIEN OPTOMETRISSE-CONTACTER ADRESSE: N° 44 AHMED ZAKARIA BLD LAGOURA EX DAKHLA AGADIR Tel : +212 650-65028 24/04/1993		

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



Adresse : N14 Av Ahmed Zakaria Bloc  
Lagouira ex dakhla Agadir

Tél : +212 650-665028

**ABDANI OPTIQUE**  
Opticien-Optométriste-Contactologue

AGADIR : le 14 / 04 / 2023

Bénéficiaire : ANACHAR ALLAL

Facture : N° 00015

	CORRECTION	TYPE DE VERRE	QTÉ	PRIX
OD	+1,25 (-0,75 -5)	PROGRESSIF BLEUMAX	1	1000
OG	+1,00 (-0,25 120)	PROGRESSIF BLEUMAX	1	1000
ADD	+2,25			
MONTURE OPTIQUE			1	500
<b>ABDANI OPTIQUE</b> OPTICIEN-OPTOMETRISTE-COMTACTOLOGUE ADRESSE : N14 AV AHMED ZAKARIA BLOC LAGOURA EX DAKHLA AGADIR		TOTAL HT : 2083,33		
Tél : +212 650-665028		TVA (20%) : 416,67		
		TOTAL TTC : 2500,00		

La présente facture est arrêtée à la somme de : Dense mille cinq cent  
dix bon

Patente : 48105245

RC : 76404

IF : 50561940

ICE : 002922206000044

Le code INPE :

**Inpe 045023587**

**Docteur Hafida BIGHOUAB**  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancienne Ophtalmologiste au CHU Med VI Marrakech  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

- Chirurgie du Cataracte (Phacoemulsification)
- Glaucome (Tension Oculaire) • Strabologie
- Contactologie • Ophtalmologie Pédiatrique
- Angiographie • Laser



**الدكتورة حفيظة بغواب**  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

- جراحة لمياه البيضاء (الجلالة) و المياه الزرقاء
- ضغط العين • طب الجول • العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال • تصوير أوعية الشبكة والليزر

**Mr. ANACHAR Allal**

**Ordonnance**

**04 avril 2023**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.25 (- 0.75 à 57°)

OG = + 1.00 (- 0.25 à 120°)

**ABDANI OPTIQUE**  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE-COMTACTOLOGUE  
ADRESSE: AV AHMED ZAKARIA BLVDR.  
LAGOURA EX DAKHLA AGADIR  
TÉL: +212 650 66 55 88  
+212 650 66 55 28

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25

Prise de faire un bon centrage

E.I.P 62 mm

Dr Hafida BIGHOUAB  
Ophtalmologiste  
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1<sup>er</sup> Etage  
Av Hassan II - ElJihadia - Inezgane  
Tél. : 05 28 33 1112

مكتب رقم 2 عمارة تيوزي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان  
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1<sup>er</sup> Etage - Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane  
Tél. : 05 28 33 1112 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com

**Docteur Hafida BIGHOUAB**  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Ophtalmologiste au CHU Med IV Marrakech  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de Cataracte (Phacoemulsification)
- Glaucome (Tension Oculaire) ◦ Strabologie
- Contactologie ◦ Ophtalmologie Pédiatrique
- Angiographie ◦ Laser



**الدكتورة حفيظة بخواب**  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

طيبة ساقية بالمستشفى الجامعي محمد السادس مراكش  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة) و المياه الزرقاء
- ضغط العين) ◦ طب الجول ◦ العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال ◦ تصوير أوعية الشبكة و الليزر

NOM : ANACHAR ALLAL

DATE:

04 AVR 2023

Note d'honoraire

CONSULTATION: ..... ₣ 200 ..... Dh

FOND ŒIL: ..... ₣ 100 ..... Dh

TOTAL: ₣ 300

DOCTEUR HAFIDA BIGHOUAB  
SOCIETE FRANCAISE D'OPHTHALMOLOGIE  
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1er Etage  
B. Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane  
Tél.: 05 28 33 1112

مكتب رقم 2 عمارة تبوزي الطابق الأول شارع الحسن الثاني الجهادية إنزكان  
Bureau N° 2 Imm Twizzi - 1<sup>er</sup> Etage - Av. Hassan II - ElJihadia - Inezgane  
Tél. : 05 28 33 1112 - E-mail : hafida.bighouab@gmail.com