

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-791697  
A63701

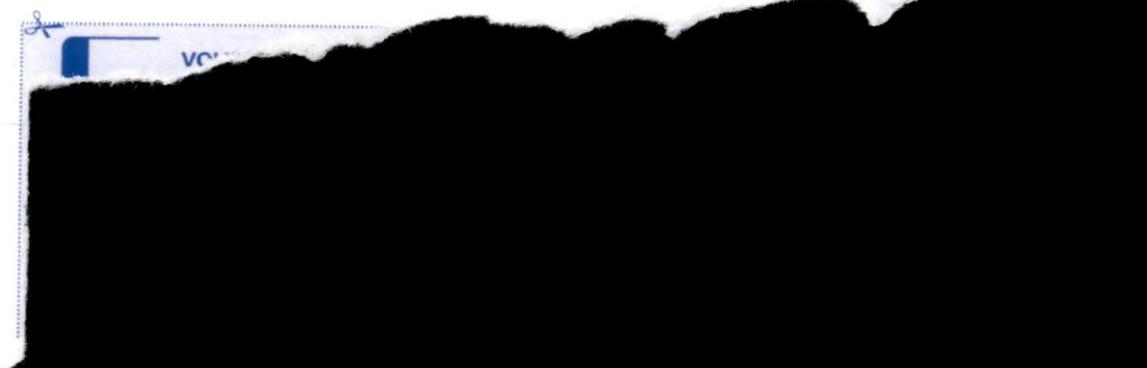
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>Cadre réservé à l'adhérent(e)</i>			
Matricule : <b>9952</b>	Société : <b>RAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>FARIS LOUBNA</b>			
Date de naissance : <b>08/01/1965</b>			
Adresse : <b>76 les villas Aïn Jaz Dan Bouazza</b>			
Tél. : <b>0661465506</b>		Total des frais engagés : <b>2400 Dhs</b> Dhs	

<p style="text-align: center;"><i>Cadre réservé au Médecin</i></p> <p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation : <b>08/03/2023</b></p> <p>Nom et prénom du malade : <b>Cherrachi Dr Nimer</b></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même      <input type="checkbox"/> Conjoint      <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>Arthrose</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Le malade a été victime d'un accident de la route.</b></p> <p>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.</p>	<p style="text-align: center;"><b>INPE</b> <b>091179259</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Dr. CHAMI Mohamed Hickam</b></p> <p style="text-align: center;">طبيب مختص للشخص المصاب بالآلام العصبية على المسماة 05.22.73.76.55 سيدي بنور، شارع مختار بن الحسين الكيلاني السعادي 114</p> <p style="text-align: center;">age : Signature : </p>
---	--

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
AB 15/03/23	CD		300,-	IN 05 M 75289 114 BZ 19/03/23 BENITOUS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/05/2023	2100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DESENTRAL			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

18/03/23

OHMANE CHERRAMI

Bonnes pour JL A/R , Ant. Bleu

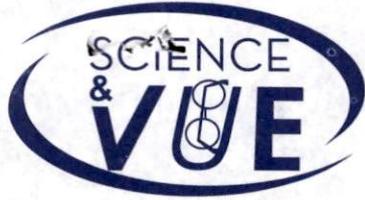
U.050, COL -0,50 à 35°

OG : (-0,50 à 140°)



SCIENCE  
**VUE** Opticien

50, Rue de TATA (Ex Poincaré)  
Tél. . 27.12.21 - CASABLANCA



## Lunette de Vue et Solaires Lentilles de Contact

0005230



Casablanca, le 21.06.2023

M : FE CHELLADI OTHMANE Doit

N° de nomenclature correspondant	Vision de Loin O.D. 407 O.G. 407	Vision de Pres O.D. O.G.	Double Foyer O.D. O.G.	Docteur <u>SCHAM</u> <u>MICHAM</u>
----------------------------------	--	--------------------------------	------------------------------	--

Qté	FOURNITURES	Prix	Montant
1	Montures :		800-
2	Verres : organiques Ø 65 mm Anti-reflets Anti birefringence bleu		1300-
0,5	+ 0,50 (- 0,50 à 35°)		
0,5	+ 0,00 (- 0,50 à 110°)		
			2100-

La présente facture est arrêtée à la somme de

Deux Mille Cent DHS

## **50.Rue de Tata (ex. rue Poincaré) - Casablanca**

Tél/Fax : 05 22 27 12 21

R.C : Casa 183294 - Patente N°33201677

ICE : 001627142000018

زنقة طاطا سابقاً زنقة بوانكارى - الدار البيضاء

الهاتف-fax: 05.22.27.12.21

السجل التجاري السادس: 183294 - الضريبة

اقرئ التعبارات المفيدة: ٠٠١٦٢٧١٤٢٠٠٠١٨