

# 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3089 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUZATHIR HOUARRA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : BOUZATHIR HOUARRA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ..... Alzheimer

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) : .....

## 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
20/07/2023	CS	1	200,00 Dhs	Dr MELAL Zakaria Orthodontiste N° Mat-Te Fax: 0525 211 1527

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PRINCIPE OPTIQUE</b> Lot El kora 1 N°C09 Av Tarek <del>Ibn Ziad - Temara</del> Tel : 05 37 40 57 84	04.10.2023	1700,00 dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

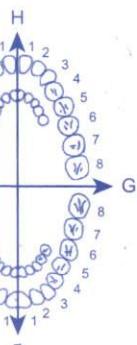
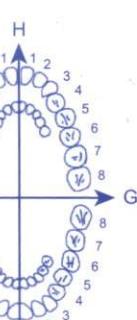
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]
				FIN D'EXECUTION [Empty box]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS [Empty box]
				DATE DU DEVIS [Empty box]
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PRINCIPE OPTIQUE - SARL AU**  
**Opticienne-optométriste**

## Facture

**Client : BOUZAHIR HOURRA**

**TEMARA**

<b>N° Facture</b>	30/2023
<b>Date Facture</b>	04/08/2023

<b>Désignation</b>	<b>Qté</b>	<b>Prix U.</b>	<b>Montant</b>
Organique Antireflet	2.00	500.00	1000.00
Monture percée	1.00	700.00	700.00
<b>TOTAL</b>		-	1700.00

Dont TVA 20% inclus

Arrêter la présente facture à la somme de mille sept cent dirhams espèce.

**PRINCIPE OPTIQUE**  
Lot El kora 1-N'CO9 Av Tarek  
Ibn Ziad Temara  
Tel : 05 37 40 57 84

---

« PRINCIPE OPTIQUE » SARL AU siège social : Lotissement EL kora 1 Numéro C09 Avenue Tarek Ibn Ziad, Temara ,Tel : 05-37-40-57-84, e-mail : [principe.optique@gmail.com](mailto:principe.optique@gmail.com)  
RC: 137129 Patente :2790728 ICE :003127922000029 IF :52530836 INPE :045042033

# Dr. MELLAL Zakaria

Ex. Professeur Agrégé à la Faculté  
de Médecine de Rabat  
Ophthalmologiste

Chirurgie de la Cataracte( Phaco)

Chirurgie du Glaucome

Chirurgie Orbito Palpébrale

Angio-Laser

INPE: 101108157



# د. ملال زكريا

أستاذ سابق بكلية الطب بالرباط  
أخصائي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء

جراحة المياه الزرقاء

جراحة الحفون

تصوير أوعية الشبكية والليزر

INPE: 101108157

Rabat le:

29/07/2023

الرباط في:

Mme BOUZHAKIR Houcine

Dr. MELLAL Zakaria  
Ophthalmologist  
998, Av FAR 1ère Etage Amal 5  
CYM, Rabat-Tel.Fax: 0537 29 29 38  
INPE: 101108157

Versus de correction Al tonale

$$VL \quad OD = (70^\circ - 0,50) + 1,00$$

$$OD = (95^\circ - 3,50) + 1,25$$

$$VL \quad Adol \quad OI + 2,50$$

**PRINCIPAL OPTIQUE**  
Lot El hora 1 NC 09 Av Tarek  
Ibn Zaid - Témara  
Tel: 05 37 40 57 84

VL  
OD

Dr. MELLAL Zakaria  
Ophthalmologist  
998, Av FAR, 1ère Etage, Amal 5  
Rabat-Tel/Fax: 0537 29 29 38  
INPE: 101108157