

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007533

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2098

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : NASRY ABDEL KRIM

Date de naissance : 27.03.1951

Adresse : Im 30 apr N° 6 HAY EL HANIK CASA

Tél. : 06 11 89 73 13

Total des frais engagés : 300 + 1000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25 / 07 / 2023

Nom et prénom du malade : NASRY OUMAIMA

Age : 72.12.99

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Vice de réfraction

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

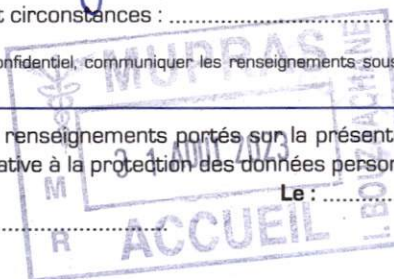
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) : .....



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
25/07/23			#300 DH	EL AOUMARI Chirurgien Ophthalmologiste 1484 Pasteur - 1 <sup>er</sup> étage n° 3 Tél: 33 20 97 30 33

# 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
		AM	PC	IM	IV	
IBERIA OPTIC Opticien Optométriste TEL: 0668 47 25 13 مركز البصريات 11 أفندي طيبة	29/07/23					#1000 DH

NPE 0150 32 469

# 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			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412   21433552 00000000   00000000 D   G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Tanger le ..... 25 juillet 2023 ..... طنجة في

## ORDONNANCE

Mlle NASRY Oumaima

Monture + verres correcteurs  
vision du loin organiques anti-reflets Filtre anti-lumière bleue

OD = - 2.50 (- 0.75 à 0°)

OG = - 2.75 (- 1.00 à 170°)

**IBERIA OPTIC**  
Opticien Optométriste  
TEL : 0668 47 25 13  
رقم الهاتف 0668 47 25 13  
المصلى طنجة

**Dr. EL AOUMARI Kamal**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
14. Bd. Pasteur - 1er Etage - N° 3 (Sour Al Maâgazine) - Tanger





# IBERIA OPTIC بصريات إبيريا

Opticien optométriste

60 زنقة الريسوني 22 الركينة رقم 1 جهة اليسار المصلى طنجة

Tél : 06 68 47 25 13



FACTURE N° 000258

NOM :

NASREY

DATE :

29/07/2023

PRENOM :

OUSTAINA

QUANTITÉ	DÉSIGNATION	P. UNIT.	P. TOTAL
----------	-------------	----------	----------

1	Monture optique		40
2	Verres ophtalmiques		600
	OD = (6,5 à 0) 200		
	AB = (100 à 170) 275		

IBERIA OPTIC  
Opticien optométriste  
TEL : 06 68 47 25 13  
60 زنقة الريسوني رقم 1 جهة اليسار المصلى طنجة

Montant HT

Net à payer

1000,00 HT

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Stiff - Dirhams espèce