

## 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

- Reclamation : 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.

## Déclaration de Maladie

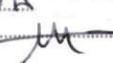
N° W19-539916

34119



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12523	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HAJJAMI MOSTAFA			
Date de naissance : 03/07/1984			
Adresse : B.C 34 N° 11 H.M Casablanca			
Tél. : 0660808709		Total des frais engagés : 3000 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 03/06/2020			
Nom et prénom du malade : MOSTAFA HAJJAMI			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : maladie ophthalmique			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non			
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. 28 JUIN 2020			

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 : Kt. DJERIBGA Le : 03/06/2020  
 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
03/05/19	CS		5	INP : 060994915

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
GUASSILA SIMONE Opticienne N° 10 TEL: 0845572573 / 0694928383	01/6/2020	30000,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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	INP : <input type="text"/>																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																			
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000		00000000	D	00000000	00000000	35533411		11433553	B			G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																			
		00000000		00000000																			
		D	00000000	00000000																			
		35533411		11433553																			
B																							
G																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																							
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																							

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
DELEGATION DE KHOUBIGA  
CENTRE HOSPITALIER PROVINCIAL  
KHOUBIGA

المملكة  
المغربية  
الصحي  
الإقليمي  
وزير الصحة والبيئة  
وزير الصحة والبيئة  
وزير الصحة والبيئة  
وزير الصحة والبيئة

## Ordonnance

03/06/12

**Nom et Prénom** : ADUSTAPHA  
HAJJAN ;

Lunettes pour VL :

~10

OD : -1,25 (-0,50 +35)

~10

OS : -1,00

*OUASSILA Shman*  
Opticienne - Optométriste  
N° 10-27 Bout Bloc B  
29-2845572573 / Khouribga

*HABIBA MAMEZ*  
Ophtalmologiste  
CHP Khouribga



# Slim Optique

Opticienne – optométriste  
 Lentilles de contact  
 2, Bloc 10 Rue 21 Aout  
 Khouribga  
 Tel : 06 45 57 25 75

Facture N° 001679

OUAS Slim  
 Opticienne – Optométriste  
 N° 10 Rue 21 Aout 10 B  
 0645572575 / Khouribga

Ordonnance de M. Le Docteur : M. M. A. YEL Date : 10/6/2020

N° de nomenclature : .....

Correspondants à la prescription .....

Loin	O.D. 1.2 ( -0.10 -30° )	O.D. ....
	O.G. 1.00	Prés

Fournitures : .....

Montures : Plastique

Verres : Optique AN. 16

TOTAL : .....

1000	
2000	
3000	DHS TTC

La présente Facture arrêtée à la somme de : Trois Mille

Dhs

Mr ou Mme :

MOSTAFA HAJJAMI