

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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

N° P19- 055612

Optique 3585  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10538

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : noufis

ABDEL AZIZ

Date de naissance : 30/01/1967

Adresse : 680 lat nadj fathen n° 6 ouïta

CASA

Tél. : 0661 62 2237 Total des frais engagés : 3300 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 : .....

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) : .....

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des										
				<b>Montant des soins</b>										
				<b>Début d'exécution</b>										
				<b>Fin d'exécution</b>										
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
H	G													
25533412	21433552													
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													

## VOLET ADHERENT

W18-339558

Mle

## DECLARATION

Date de Dépôt Montant engagé

durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois.

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



W18-339558

**DATE DE DEPOZIT**

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10538	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Nouria ABDEL AZIZ	Signature de l'adhérent
Fonction	SUP VOL	Phones 0661622837	Signature de l'adhérent
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient <b>ABDELAZIZ</b>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>53 ans</b>
			Date <b>12 FEV. 2020</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	

ris de refraction

#### S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

		Dr. BAKRIM Mohamed
		OPHTHALMOLOGUE
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
CS		Maladies et Chirurgie des Yeux 25.000 Dhs, 323 Bd. Oued Daoura INC 1

<b>PHARMACIE</b>	Date .....
Montant de la facture	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES		Date :
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date: 22/1/2020
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
				3300DH

# Dr Mohamed BAKRIM

Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

\* Traitement par Laser

\* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

\* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

\* Membre de l'American Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حوال البصر

عضو فعلى في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية لأمراض العيون

Casablanca, le : ..... 1.2.FEV.2020 ..... الدار البيضاء، في :

MOUSSID ADEL AZZIZ

$$VL OD = (105^{\circ} - 1,00) + 1,25 \text{ sph}$$

$$OG = (85^{\circ} - 0,50) + 2,25 \text{ sph}$$

VTAA, organiques, progressifs

NP add OG + 2,50 sph.



Dr. BAKRIM Mohamed  
OPHTHALMOLOGUE  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura  
Casablanca

ساحة الشهدية، 323 شارع واد الدورة الألفة - الدار البيضاء - العيادة : 05 22 91 42 65  
Place Chahdia, 323 Bd. Oued daoura - Oulfa - Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65



نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275  
ICE : 00547430000120

Facture N° 0004863

LUNETTES ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Bhira Jadida  
Casablanca

Casablanca, le 22.02.2020

M. MOUJINI ABDELAZIZ Doit

Monture des Verres	Vision de loï	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
ULTRA AN	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....	OD ..... OG .....
Monture	Métal	Plastique	10.00	
V.L. : - OD - OG	(10.00 - 1) + 1.25 (8) - 0.50 + 2.25		11.50 11.50	
V.p. : - OD - OG				
ADD. /	+ 2.50			
TOTAL	LUNETTES ISLAM 184, Rue des Anglais Bhira Jadida Casablanca		33.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois mille trois cent  
Dinhans