

## 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° W19-550489

ND 43137

☐ Maladie 10283 ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : ZAIDANI

Matricule : 2AIDANI Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZAIDANI BRAHIM

Date de naissance : 09/10/1957

Adresse : RESIDERACIMMA APT 15 EL OULFA  
CASA

Tél. : 0662180611 Total des frais engagés : 3950 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2020

Nom et prénom du malade : ZAIDANI BRAHIM Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : coronérien chronique

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 : Casablanca

Le : 09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....



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
21/09/2020			25200	INP : <input type="text"/> 

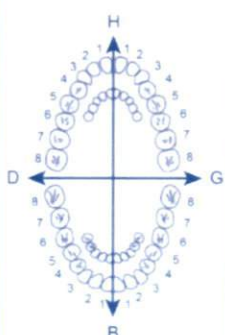
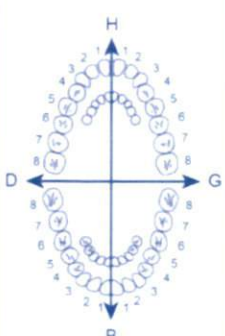
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/10/2020					3100,00

Optique Mille pour Cent  
Optométriste & Opticien

VOLET ADHERENT

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'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H	H															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
		00000000	00000000															
		35533411	11433553															
		B																
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																
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														

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

**الدكتورة بوقسيم مليكة**

**طب العيون**

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
الليزر....

Casa le : **21 Septembre 2020**

**Mr. ZAIDANI Brahim**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 0.75 (- 0.50 à 95°)

OG = + 0.50 (- 0.25 à 94°)

VP :


ODG = Add : + 2.50

Optique Mille Mille Cent  
Optométriste Opticien

PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML

lavage oculaire en cas de démangeaisons, les deux yeux, 1

Mois

  
Dr. BOUKSIM M.



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : N°

0104808

Date:

26/06/2023

Mr :

ZAIDANI Zouheir

Docteur :

Melika Boukessim

Type des Verres :

progressif optique 1/1/1

2400

Monture :

metal

2000

\* Vision de Loin :

OD

Axe

95°

Cyl

-0.50

Sph

+0.75

OG

Axe

94°

Cyl

-0.25

Sph

+0.50

\* Vision de Près :

OD

Axe

Cyl

Sph

OG

Axe

Cyl

Sph

Add :

+2.50

Optique Mille pour Cent  
Optométriste & Opticien

Montant :

3200

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

N° 425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE: 001834000001810 - IF: 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211