

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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

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° P19- 0042819

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1433 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAFIRI RQUA

Date de naissance : 28 OCTOBRE 1952

Adresse : 5, imm. H2, Bd OKBA Bdou Nafi, Résidence Lagoune, Casablanca

Tél. : 06 63 45 55 76 Total des frais engagés : 5750,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. DAKIR Mohammed  
Ophtalmologiste  
434 Ibn Tachfine Hakam1  
INP. 091 04 28 20  
Casablanca Tel. 0522 63 55 88

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : SAFIRI RQUA Age : 68 ans

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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.

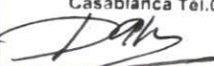
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
01.10.20	R		250,-	<b>Dr.DAKIR Mohammed</b> Ophthalmologiste 434.Ibn Tachfine.Hakam1 INP. 091 04 28 20 Casablanca Tel.0522 63 55 88 

# 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

**OPTIC ALHAY**  
Opticien Optométriste  
Tel : 05 22 60 35 98

47/10/2020

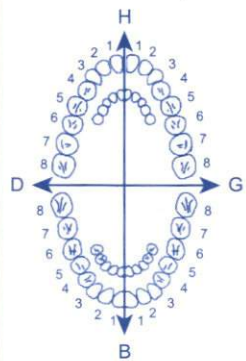
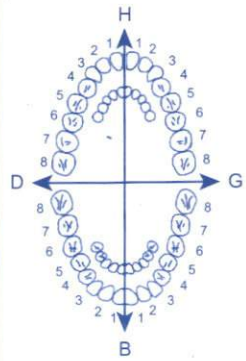
T: 5500.000 H

# 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Optique Ah Hay بصريات الحى

Hay Mohammadi Cité ONCF

Boulevard Chouhada

Bloc 9 N°476 Casablanca

Tél : 05 22 60 35 98

بلوك 9 شارع الشهداء

رقم 476 الحى المحمدي

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 60 35 98

FACTURE

N° 0002280

Casablanca, Le :

17/10/2020

M:

SAFIRI Riquia

ICE: 004932621000048 RC: 384513

Doit.

Docteur :

DAH

Nomenclature :

Opticien Optométriste  
Tél : 05 22 60 35 98

34990769

VL. OD : cyl Sph

+4.25 (+0.25 x 145°)

OG : cyl Sph

+4.75

VP. OD : cyl Sph

add: +3.50

OD : cyl Sph

Monture :

Optique

4300,00DH

Verres

Progressif org AL

4200,00DH

Facture arrêtée à la somme de :

NIRON

T: 5500,00DH

OPTIC AL HAY  
Opticien Optométriste  
Tél : 05 22 60 35 98

Cinq mille cinq cent

0

opécar

90

OG

90



Docteur DAKIR Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Ancien Assistant du CHU de Gand

Membre Titulaire des Sociétés

Française et Belge d'Ophtalmologie



الدكتور دكير محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

عضو في الجمعية الفرنسية

والبلجيكية لأمراض العيون

Nom : SAFIRI

Prénom : Rania

01.10.2020

Lunettes

Verres Correcteurs de loin

de près

Q1 = +1.25 (+0.25 à 115°)

Atel: + 3.50

CC = +1.75

progressif

OPTICAL HAY  
Opticien Optométriste  
Tel : 05 22 60 35 98

Dr. DAKIR Mohammed  
Ophtalmologiste  
434 Ibn Tachfine Hakam I  
INP. 091 04 28 20  
Casablanca Tel. 0522 63 55 88

434 شارع ابن تاشفين - حكم I - أمام أسيماء - البيضاء 20350

434, Bd. Ibn Tachfine - Hakam I - En face d'ACIMA - Casa 20350

Tél.: 05.22.63.55.88 - Fax : 05.22.62.14.65 - GSM : 06.60.60.41.31