

## 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 longue durée 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

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-506497

ND: 49164



### Maladie

Dentaire  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8192

Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

EDD EXCLUSIVI

Autre : ATM ED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-506497

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

| 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 |
| .....                          | .....             | .....                 | .....                           | INP : <input type="text"/>                                     |
| .....                          | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....                          | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....                          | .....             | .....                 | .....                           |  |
| .....                          | .....             | .....                 | .....                           |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |      |                       |
|---|------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>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<br>du Particulier  | Date des<br>Soins | Nombre                                 |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|  |                   | A M                                    | P C | I M | I V |                                    |
| <i>expert OPTIQUE</i><br><del>ABDERRAHMANE<br/>OPTICIEN - OPTOMETRISTE<br/>138, Avenue 3 Maiq - Téma<br/>Fax : 0537 64 61 60<br/>E-mail : <a href="mailto:opti0537@gmail.com">opti0537@gmail.com</a></del> | 24/11/16/0        | <i>alma</i><br><i>ren</i><br><i>ca</i> |     |     |     | 850,-                              |

### VOLET ADHERENT

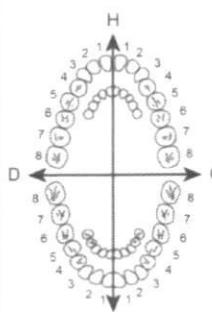
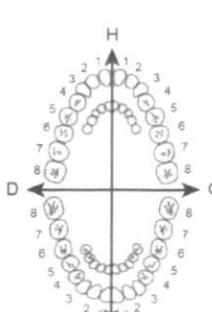
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
|---|--|--|-------------|---|
|  |  |  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |
|   |  |  |             | MONTANTS DES SOINS  |
|   |  |  |             | DEBUT D'EXECUTION   |
|   |  |  |             | FIN D'EXECUTION   |
|   | O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE              | H           | COEFFICIENT DES TRAVAUX   |
|   |  | 25533412   | 21433552    |   |
|   |  | 00000000   | 00000000    | MONTANTS DES SOINS  |
|   |  | D  | G           | DATE DU DEVIS   |
|   |  | 00000000   | 00000000    | DATE DE L'EXECUTION   |
|   |  | 35533411   | 11433553    |   |
|   |  | B  |             |   |
|   |  | (Création, remont, adjonction)                         |             |   |
|   |  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |             |   |
|   |  |  |             |   |
|   |  |  |             |   |
|   |  |  |             |   |
|   |  |  |             |   |
|   |  |  |             |   |
|   |  |  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**expert OPTIQUE**

FACTURE N° F00452

Date : 24/11/2020

EXPERT OPTIQUE



1382 MAG 3 WIFAK TEMARA 12000

EXPERTOPTIQUE@GMAIL.COM

Téléphone : 0537646160

CLIENT : EDDEKKAKI AHMED

Correction : ODG +2.50

| Référence | Description                        | MONTANT TTC |
|-----------|------------------------------------|-------------|
| P0005     | VERRE DROIT ORGANIQUE ANTI-REFLET  | 125.00      |
| P0006     | VERRE GAUCHE ORGANIQUE ANTI-REFLET | 125.00      |

Échéance :

TOTAL EN DH TTC 250.00 MAD

DONT TVA 41.67 MAD

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**deux cent cinquante**

DIRHAMS TTC

ICE: 00155227500044; PATENTE 26933594; RC 102578/RABAT; IF: 40491016

*expert OPTIQUE*  
*BINOURREDINE OPTOMETRISTE*  
*1382 Mag 3 Wifak - Temara*  
*Tel & Fax : 0537 64 61 60*  
*expertoptique@gmail.com*

**OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION**



## Ophthalmology and Cornea of Broo

Abraham K. Sleem, MD

244 86th St  
Brooklyn, NY 11209

NPI #1508021494

Tel: (718) 238-3438  
Fax: (888) 680-5857

NAME: Eddekkaki Ahmed

DOB: 2/6/1960

RX DATE: 10/15/2020

R

## Spectacles

**EXPIRES: 1 year**

### Sphere    Cylinder    Axis    ADD

OD +2.50

### Prism ? Base 360 Prism Type

OS +2.50

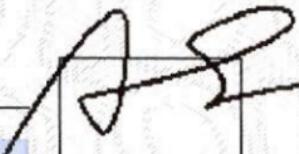
## Remarks

## Readers

Control # 39865

Prevent medication errors. Please see back of prescription.

### Electronically Generated Signature



0754KY 51



10

**LEP Preferred Language**

Pharmacist  
Signed  
Test Area

### Dispense as Written

SECURE DOCUMENT

Standard Register®

Standard Register®

Prescribers--prevent medical errors!  
Complete box below for treatment category.  
Questions, please call the NYS  
Official Prescription  
Program at 866-811-7957 (Option 2)

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Cardiovascular                | <input type="checkbox"/> |
| Gastrointestinal              | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotic/<br>Anti-Infective | <input type="checkbox"/> |
| Pain/<br>Inflammation         | <input type="checkbox"/> |
| Cough/Cold                    | <input type="checkbox"/> |
| Respiratory                   | <input type="checkbox"/> |
| Central Nervous<br>System     | <input type="checkbox"/> |
| Genital/<br>Urology           | <input type="checkbox"/> |
| Endocrine                     | <input type="checkbox"/> |
| Other                         | <input type="checkbox"/> |

SECURE DOCUMENT

Standard Register®

# OFFICIAL NEW YORK STATE PRESCRIPTION



## Ophthalmology and Cornea of Broo

Abraham K. Sleem, MD

244 86th St  
Brooklyn, NY 11209

NPI # 1508021494

Tel: (718) 238-3438  
Fax: (888) 680-5857

NAME: Eddekkaki, Ahmed

DOB: 2/6/1960 RX DATE: 10/15/2020

**R**

Spectacles EXPIRES: 1 year

Sphere Cylinder Axis ADD

OD +2.50

Prism ? Base 360 Prism Type

OS +2.50

---

### Remarks

Readers

Control # 39864

Prevent medication errors. Please see back of prescription.

Electronically Generated Signature



LEP Preferred Language

Pharmacist  
Test Area:  
Signed

Dispense as Written

075YKY 50



SECURE DOCUMENT



Standard Register

Prescribers—prevent medical errors!  
Complete box below for treatment  
category.  
Questions, please call the NYS  
Official Prescription  
Program at 866-811-7957 (Option 2)

|                               |                          |
|-------------------------------|--------------------------|
| Cardiovascular                | <input type="checkbox"/> |
| Gastrointestinal              | <input type="checkbox"/> |
| Antibiotic/<br>Anti-Infective | <input type="checkbox"/> |
| Pain/<br>Inflammation         | <input type="checkbox"/> |
| Cough/Cold                    | <input type="checkbox"/> |
| Respiratory                   | <input type="checkbox"/> |
| Central Nervous<br>System     | <input type="checkbox"/> |
| Genital/<br>Urology           | <input type="checkbox"/> |
| Endocrine                     | <input type="checkbox"/> |
| Other                         |                          |

SECURE DOCUMENT

