

## 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° W19-431128

81491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6306 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AZIZA HASSANI

Date de naissance : 1975

Adresse : GAFI L1E 1 RUE 17 N° 10

..... HAY HASSANI CASABLANCA

Tél. : 06 64 70 84 37 Total des frais engagés : 522 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Tel. 0522-36-60-79 / 0643-08-27-95

- Casablanca -

lot Nassim, lot N°5 Route d'Azemmour

Ophtalmologie

DR. NAVIME KARIM

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / / Age : / /

Lien de parenté : / /

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : / /

SUILLI

Globus ophagique

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-431128

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

Matricule : / /

Nom de l'adhérent(e) : / /

Total des frais engagés : / /

Date de dépôt : / /

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

ACCUEIL

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
05/10/2020	C		200 DH	DR. NAYME Karmi Optométriste Lyon 69 Signature et cachet de la personne chargée de l'administration

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dounia Frana SARL N° 200 Rue 64 El Wifak 3 El Oulfa Casablanca Tel : 05 22 91 51 34	09/10/2020	322,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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.

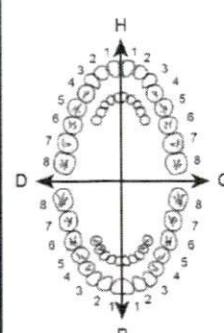
**Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>G</p> <p>B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DU DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
<b>D</b>												
00000000	00000000											
35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Chirurgie de cataracte - Glaucome  
 Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône  
 Oeil et diabète  
 Adaptation en lentilles de contact  
 Pathologie vitréo-rétinienne  
 Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

جراحة الحالة داء الزرق  
 تصحيح البصر بالليزر  
 إصابة العين بداء السكري  
 العدسات اللاصقة الطبية  
 أمراض السائل الزجاجي والشبكة  
 جراحة الجفون و مسالك الدموع

**casablanca** Le **09 octobre 2020**

**Mr. AZNIDI Thami**



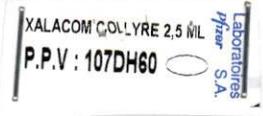
**XALACOM: COLLYRE**

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Pharmacie Douilla Erriadh SAMLAU  
 V° 299 Rue 64 El Wifak 3  
 El Oulfa Casablanca  
 Tél.: 05 22 91 51 34

**Dr. NAYME Karim**  
 Ophtalmologie  
 Lot. Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour:  
 - Casablanca -  
 Tél: 0522-36-60-79 / 0643-08-22-95



#### Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemmour) Lot. Nassim Casablanca  
 5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزمور سابقاً) الجنة النسيم البيضاء

📞 + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com ⚡ Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim