

## 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

- 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 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-465160

14791

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3015

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AMARAH ELYABOUNI

Date de naissance :

28/05/1957

Adresse :

121 Lot 6 cours Pompiers Témara

Tél. :

06 62 03 83 09

Total des frais engagés : 1790 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Ophthalmologiste

79, Av. Oqba, 1er étage – Agdal  
Rabat / Tél. : 05 37 77 77 55

Date de consultation :

03/10/2019

Nom et prénom du malade :

Amara Adam

Age :

14 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Hypertonie Astigmate

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 : 03/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-465160

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 : 3015

Nom de l'adhérent(e) : ANARA

Dogus

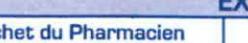
Total des frais engagés :

Date de :

## **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
03/10/2013	CS		300,00 DH	INP : 151164403 Docteur Khadija CHERGUI Orthopédiologue 1er étage - Agdal 77 77 55

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>Optique La JEUNESSE Rue 10 NOVEMBRE 1956 1er étage 37 38 25 ENTRÉE TÉL. 05 37 36 65 25</p>	10/11/1986	14000 Dh

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Khadija CHERGUI**

**Ophthalmologiste**

**Maladies et chirurgie des yeux**

**Angiographie numérisée - Laser - OCT**

Ancien Médecin attaché à l'hôpital  
Militaire d'instruction Mohamed V - RABAT



**الدكتورة خديجة الشركي**

متخصصة في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية المرقوم - الليزر

فحص الشبكة بالليزر

طبية ملحقة سابقا بالمستشفى  
ال العسكري الدراسي محمد الخامس - الرباط

**03 octobre 2019**

Rabat, le : \_\_\_\_\_

الرباط في

**Enf. AMARA ADAM**

Monture + verres correcteurs

OD = + 3.75 (- 0.75 à 165°)

OG = + 3.75 (- 1.00 à 170°)

Docteur Khadija CHERGUI  
Ophthalmologiste  
79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal  
Rabat / Tél: 05 37 77 77 55

Optique La JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Hay Nisrov  
KENITRA Tel.: 05 37 36 65 25



# نظارات الشباب

## Optique La JEUNESSE

Lunettes optique et solaire.

FACTURE

N° : 00413

Kénitra, Le

27/11/2013

M. AMARA ADAM

### Vision de Loin

œil D	165°	cyl	-0.75	SPH	+3.75	400	60
œil G	190°	cyl	-1.75	SPH	+3.75	400	60

### Vision de Près

œil D	cyl	SPH		
œil G	cyl	SPH		
VERRE	verre myopie antireflet			
MONTURE	Reflex junior 130		600,	60

Optique La JEUNESSE  
Rue 10 N° 12 Hay Med V  
KENITRA Tél. 05 37 36 65 25

TOTAL

1400 60