

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11406

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bourziki AMIRIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.65.57.78 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

 MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-064771

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Couper 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

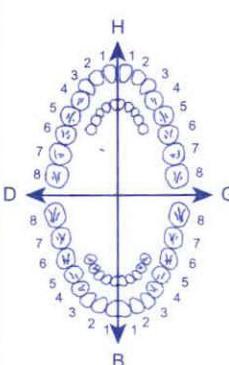
#### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **(Création, remont, adjonction)**

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

VISA ET SIGNATURE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

CŒFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins
<b>DROITE</b>	15 11 21 22 23			
	24 25 26 27 28			
<b>GAUCHE</b>				
<b>HAUT</b>	14 13 12 11 10			
	9 8 7 6 5			
<b>BAS</b>	48 47 46 45 44			
	43 42 41 31 32			
				<b>Montant des soins</b>
				<b>Début d'exécution</b>
				<b>Fin d'exécution</b>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">H</td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: left;">G</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		D	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553			G	<span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;"> </span> <b>Montant des soin</b> <span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;"> </span> <b>Date du devis</b> <span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;"> </span> <b>Fin de</b> <span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid #ADD8E6; padding: 5px; display: inline-block;"> </span>
	H																			
D	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
		G																		

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	<b>W18-347572</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-347572

DATE DE DÉPÔT

...../...../201..

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 11404	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		BOURZIKA NIRA	Signature de l'adhérent
Fonction :	Chef d'école	Phones	0661455778
Mail			

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient .....	<i>AMIRA</i>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age .....	Date .....
Nature de la maladie			Date 1ère visite	

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
<i>Accident</i>		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C1</i>	<i>1</i>	<i>200</i>
Bd Mohamed V - Casablanca TÉLÉPHONE : 0522 96 41 - GSM : 0677 45 69		

PHARMACIE	Date 05/02/2009	<del>Stade Milie pour Optique &amp; Optométriste &amp; Opticien</del>
Montant de la facture	3000,-	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES		Date : .....
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : _____
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

## CHECK-LIST

### DOCUMENTS A FOURNIR POUR LE DEPOT DE VOTRE FEUILLE DE SOINS

<b>BIOLOGIE ET RADIOLOGIE</b>		<b>Nombre</b>
<input type="checkbox"/>	Copie des résultats	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel	
<b>DENTAIRE</b>		
<input type="checkbox"/>	Accord préalable <u>avant</u> le traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>après</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Radio <u>avant</u> traitement, <i>en cas de prothèses ou traitement canalaires</i>	
<input type="checkbox"/>	Restitution des anciennes prothèses	
<b>HOSPITALISATION</b>		
<input type="checkbox"/>	Cachet de la clinique sur la feuille de soins	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire	
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu des radios	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat de l'anatomopathologie	
<input type="checkbox"/>	Copie résultat des analyses	
<input type="checkbox"/>	Détail et justificatif de la pharmacie En cas d'hospitalisation médicale	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable	
<input type="checkbox"/>	Notes d'honoraires	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance et factures des actes sous traités	
<input type="checkbox"/>	Pli confidentiel En cas d'intervention chirurgicale	
<b>OPTIQUE</b>		
<input type="checkbox"/>	Facture de l'opticien	
<input type="checkbox"/>	Ordonnance	
<b>REEDUCATION</b>		
<input type="checkbox"/>	Copie compte rendu radio relative à la même maladie	
<input type="checkbox"/>	Entente préalable remplie par le médecin	
<input type="checkbox"/>	Facture	
<b>PHARMACIE</b>		
<input type="checkbox"/>	Ordonnance *	
<input type="checkbox"/>	Vignettes des médicaments PPV **	
<p>* <i>En cas d'ALD (Affection Longue Durée), l'ordonnance n'est pas obligatoire. Par contre, il est nécessaire une déclaration de la maladie chronique (à renouveler en fonction du type de maladie. Généralement tous les trimestres)</i></p> <p>** <i>Une facture est obligatoire si le prix ne figure pas sur le PPV ou si le médicament est acheté à l'étranger ou dans le cas de l'achat libre</i></p>		
<b><u>En cas d'accident veuillez préciser les causes et circonstances:</u></b>	<b>Matricule:</b>  Signature de l'adherent	<b>FS n°:</b>  W18-347572 Signature & visa de la MUPRAS



0000490

## Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date : 05/02/2020

Facture :

Mr : BOURZIK AMIRA

Docteur : MUNKEL

Type des verres : 156 ZN . AN

Blue Y.V. plastique 900,-

Monture :

Vision de Loin :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph ..... 1100,-

OG Axe ..... Cyl ..... Sph ..... 1100,-

Vision de Prés :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OG Axe ..... Cyl ..... Sph .....

~~Optique Mille pour cent~~~~Optométriste & Opticien~~

Add :

Montant : ..... 300,-

N° 425 Centre Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patante : 30057211

*Docteur Abdelkader Moukel*

Maladies et Chirurgies des Yeux +  
Strabologie - Angiographie - Laser  
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

\*\*\*\*\*

الدكتور عبد القادر مقل

لخاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**CASABLANCA, le Mercredi 5 Février 2020**

**Mademoiselle BOURZIK Amira**

**VERRES DE LOIN ANTI REFLET**

+ MONTURE

**VERRES INCASSABLES**

Oeil Droit : + 0,50

Oeil Gauche : + 0,50

