

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0045824

21353

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0560 Société : R A M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABAKIL HAFED

Date de naissance : 01-07-1943

Adresse : Lot BNI-YAKHLEF N° 49

Mohammed 12

Tél. : 05 23 325248 Total des frais engagés : 2250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Docteur LAHSSINI Souad

Spécialiste en Maladie & Chirurgie des yeux

Cachet du médecin : 638, Bd Abdelkrim KHATTABI 1er Etage El ALIA

Tél : 0523326666 Mohammedia

Date de consultation : 05/02/2020

Nom et prénom du malade : Bouzidi Fatma Age : 10/01/12

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Aff. oculaire

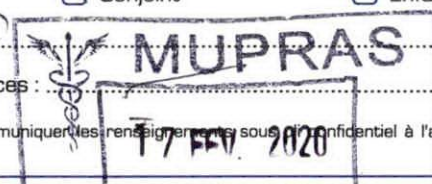
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : l'adresse ci-dessus Le : 17/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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
05/02/2020	3874	2	250	<p>Dr. LAHSSINI Souad</p> <p>Spécialiste Maladie &amp; Chirurgie des Yeux</p> <p>38, Bd Abdou Salam KHATTABI 1er Etage ALA</p> <p>Tel : 0523325666 Mohammedia</p>

# 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

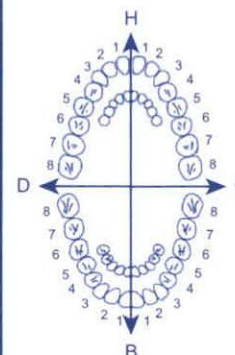
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

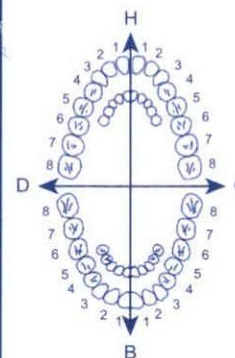
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr LAHSSINI Souad

Specialiste des maladies et chirurgie des yeux

Ex attachée à l'hôpital des spécialités de Rabat.  
Diplôme post universitaire de la faculté de  
médecine de Paris.

Membre des associations Américaine,  
Européenne et Internationale de la cataracte  
et de la chirurgie réfractive.

Membre de l'Académie Américaine d'ophtalmologie

## المكتورة لحسني سعاد

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

ملحقة سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط  
شهادة الدراسات الجامعية بكلية الطب بباريس  
عضوة في الجمعية الأمريكية، الأوروبية والدولية  
لجراحة الجلالة وتعديل قصر البصر  
عضوة في الأكاديمية الأمريكية لطب العيون

بالـ موعد Sur RDV

Mohammedia, le : 05/02/2020

Bouge Fatma

VC + malin (verre progressif)

PO + 2,75 (-0,75 à 60)

صلى الله عليه وسلم

OC + 2,25 (-0,75 à 100)

OD add + 2,75

صلى الله عليه وسلم

OC add + 2,75

LUNETTERIE INWHARA  
Vente et Réparation des Lunettes  
638, Bd Abdelkrim KHATTABI 1er étage EL ALIA  
Tél : 0523326666

Docteur LAHSSINI Souad  
Spécialiste en Maladie & Chirurgie des yeux  
638, Bd Abdelkrim KHATTABI 1er étage EL ALIA  
Tél : 0523326666 Mohammedia

638. شارع عبد الكريم الخطابي في الشياخ العالية المحمدية - الهاتف : 023.32.66.66 - الفاكس : 023.32.60.13  
638, Boulevard Abdelkrim El Khattabi 1er étage - El Alia Mohammedia - Tél : 0523.32.66.66 - Fax : 0523.32.60.13  
Patente 39358496 - CNSS : 6627501 - IF : 55045930 - ICE : 001695539000082





Lunetterie Jawhara

# LUNETTERIE JAWHARA

Vente et Réparation des Lunettes

Facture

000548

Date : 06/02/2020

Mr : BOUZID FATMA

Docteur : LAUSSINI SOUAD

Type des Verres : optique optique

+1500,00

Monture : optique

+500,00

\* Vision de Loin :

OD Axe 60 Cyl - 075 Sph +225

OG Axe 100 Cyl - 075 Sph +225

\* Vision de Prés:

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

LUNETTERIE JAWHARA

Vente et Réparation des Lunettes

IBN BATOUTA RUE 126 N° 13 TANGER

Tél : 06 68 90 50 44

Add : +275

Montant : 2200,00

Ibn Batouta Rue 126 N°13 Tanger - Tél : 0668 90 50 44

ICE : 000804586000007 - IF : 40174040

RC : 72312 - Patente: 50844981