

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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- 0015403

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23171**

Matricule : **13180**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Hajer EL ADAMI** Date de naissance : **13/10/1982**

Adresse : **Rue la Perle de Nourouen 2 Imm 7 N°43**

Tél. : **0522 20 45 45** Total des frais engagés : **1783** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR BERRADA Mohammed**

**OPHTHALMOLOGISTE**

104, Bis Bd. Abdelloumen, Rte ACAPULCO

Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

E-mail: berrada.hamid@omall.com

Date de consultation : **- 6 FEV. 2020**

Nom et prénom du malade : **El Adami Hajer** Age: **37 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Affection ophthalmo logique**

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 : **Casablanca**

Le : **17 / 02 / 2020**

Signature de l'adhérent(e) : **Hajer El Adami**

## 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
16 FEV. 2020	02	300		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA ROTONDE Leila Mekhora 100, Bd Abdalmoumen Tunis - Tél: 05 22 23 47 78	06-01-20	83,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>Dr. M. L. G. PEREIRA Sociedade de Medicina e Cirurgia Quinta da Boa Vista - CASA São Paulo - SP - 01400-000 Tel: 0321 28 17 67</i>	06-09- 2005	- Month				500,00	
		- 2 Vims				200,00	
		orange					
		antif. nft					

BEI EVE 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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Medicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براادة

خصائص في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le ..... - 6. FEV. 2020

EL ADMI Hajar

Lunettes

OD = (65, - + 0,5) + 1

OG = (100, - + 1) + 1,25

83,00

verres

anti-reflects

Phylsor



1 Conseil x 21 x 10 j

ODG

HER MEDIC  
PPC  
83.00 DHS

DR. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rte ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

PHARMACIE LA ROTONDE  
Leïla Menjra  
100, Bd. Abdelmoumen  
Casablanca - Tel: 05 22 23 47 76

OPTIQUE  
Dr. BERRADA  
Mme. M. BERRADA  
Opticien  
Oranien 17  
6, Rue Chatila  
Quartier: Pakhi  
Casablanca  
Tel: CS22 93 7 51

إقامة أكابولكو (فوق القرص العقاري السياحي) - 104، مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء  
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40/41 - الهاتف : - E-mail : berrada.hamid@gmail.com

# Style Optic

## Client

Mr Mme

EL ADMI  
HAJAR

FACTURE N° 001115

Date : 06-02-2020

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dr. Clark es). VAT includes

8, Rue Chatilla, Bd . Abdelmoumen, Quartier Palmier - Casablanca -Tél.: 05 22 98 17 07

Patente N° : 34771682 - R.C. : 306750 - I.E. : 42016525

ICE:

ICE:  
000835320000024