

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

59370

## Déclaration de Maladie : N° S19-0005412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 114.37 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

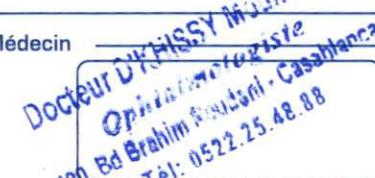
Nom & Prénom : GUÉSSOUS ABDELKADER Date de naissance :

Adresse : 64 me curue Bl Jannina

Tél. : 64 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26 JAN 2021

Nom et prénom du malade : SMAHI SAKINA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 : Casablanca Le : 26/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° S19- 0005412

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 :

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26 JAN 2021     | (2)               |                       | 300,00€                         | Docteur BRISSY MAMOUN<br>Ophtalmologue<br>100 Bd Bahri - Sidi Abdellah Casablanca<br>Tél: 0522.25.48.38 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien   | Date des<br>Soins | Nombre                          |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|---------------------------------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|   |                   | A M                             | P C | I M | I V |                                    |
| <i>Praticien Optométriste<br/>Ariane Hay Hassan Optique B<br/>Casablanca<br/>Ref: 002043933000019</i> | <i>2017-02-01</i> | <i>2 Verres +<br/>1 monture</i> |     |     |     | <i>5000.00 D</i>                   |

## 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 d'explorations complémentaires.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

Ophthalmologiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladie et chirurgie des yeux  
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

الدكتور الدخسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد  
الدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 26/01/2022

Spectacles

$$\text{Relle élle pour le} \quad (\text{Mueten}) \\ d = -0,75(-1) = 175 \\ d = (-1) \cdot 75$$

$d_{\text{obj}} = +1,75 \text{ ms}$

Var apprue / astrophys  
progranti

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
Ophthalmologiste  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522.25.70.88  
CASABLANCA

**PUR OPTIC**  
Opticien Optométriste  
Marjane Hay Hassani Boutique B10  
Casablanca  
ICE: 002043933000019

## Facture

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
|  | <b>Facture N° : 183</b><br><b>Date : 2021-02-01</b><br><b>Client : SMAHI</b><br><b>SAKINA</b> | <b>PURE OPTIC</b><br>Tel: |
|---|---|---------------------------|

| VS    | SPH   | CYL   | AXE | ADD   |
|-------|-------|-------|-----|-------|
| VLVPD | -0.75 | -1.00 | 170 | +1.25 |
| VLVPG | PL    | -1.00 | 5   | +1.25 |

| N<br>o | Désignation   | Qte | PUTTC   | MT      |
|--------|---|-----|---------|---------|
| 1      | VARILUX "COMFORT 3.0 1.5 CRIZAL<br>PREVENCIA UV H PRO 17-14 | 1   | 2000.00 | 2000.00 |
| 2      | VARILUX "COMFORT 3.0 1.5 CRIZAL<br>PREVENCIA UV H PRO 17-14 | 1   | 2000.00 | 2000.00 |
| 3      | MONTURE   | 1   | 1000.00 | 1000.00 |

|          |         |             |         |
|----------|---------|-------------|---------|
| TVA      | 20%     | Total TVA   | 833.33  |
| Total HT | 4166.67 | Net à payer | 5000.00 |

Arrêtée la présente facture à la somme :

cinq mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC --- opticmanagerpro@gmail.com  
IF: 26112536 - ICE: 002043033000019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

PUR OPTIC  
Opticien Optométriste  
Mariane Optique Casablanca Boutique B10  
Casablanca  
ICE:002043933000019