

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Education :

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 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



Maladie

Dentaire

Optique

60857

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5766 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : Abdelfrathime

Nom & Prénom : S. EBBAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.35.28.61 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 23/02/2021

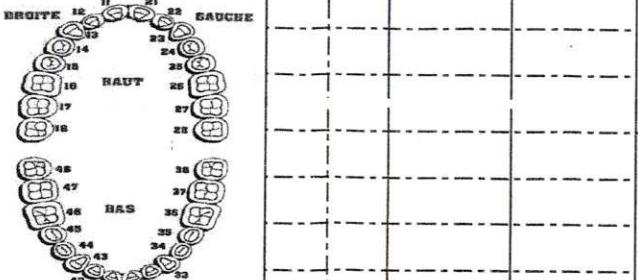
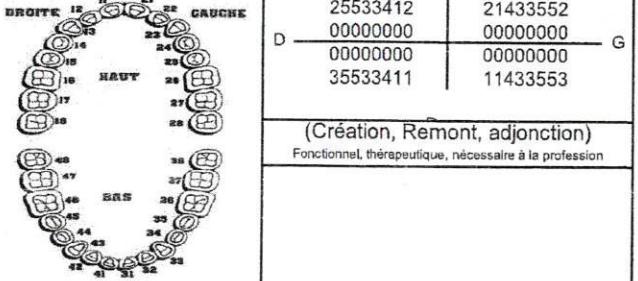
Signature de l'adhérent(e) :

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Début d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin d'exécution</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Coefficient des travaux</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant des soins</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date du devis</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Fin de</div>													
																		
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																
		<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		D	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	
H																		
D	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
Visa et cachet du praticien effectuant le devis.		Visa et cachet du praticien effectuant l'exécution																
VOLET ADHERENT		NOM : .....		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Mle</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">DECLARATION N°</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">W18-364075</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Date de Dépôt</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Montant engagé</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Nbre de pièces Jointes</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</div>														

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	766
Nom & Prénom <u>SEBBAR ASSIA</u>			
Fonction : <u>RETRAITE</u> Phones. <u>06 36 28 61</u>			
Mail .....			
MEDECIN		Prénom du patient <u>SEBBAR ASSIA</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date <u>04 FEV 2021</u>	
Nature de la maladie <u>Voce de refrac leon</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>2</u>		<u>-</u>	<u>250,00</u>
PHARMACIE		Date .....	
Montant de la facture		<u>DR EL AYAOUI</u> <u>OPTOMAQUILLE</u> <u>25,000000</u> <u>05 24 23 31 803</u> <u>2021-02-22</u> <u>DR EL AYAOUI</u> <u>OPTOMAQUILLE</u> <u>25,000000</u> <u>05 24 23 31 803</u> <u>2021-02-22</u>	
ANALYSES - RADIOPHARMACIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : <u>16/02/2021</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		<u>32000-00</u>	

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

EL ALAOUI EL AOUFISSI J.C



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N°007200

N° de nomenclature ..... ٤٠٩ - ٤٠١ - ٤١١ - ٤٠٣ .....

Correspondant à la prescription ..... ٢٧١ .....

LOIN	OD: +5 (-1.50 ± 1.00)	PRES.	OD: +2.71 +5 OG: +2,71
------	-----------------------	-------	------------------------------

FOURNITURE

Montures : OPTIQUE

1200,-	Monture
90,-	Verre
110,-	Adaptateur
.....	.....
3.600,-	D. 214471

Total : .....

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 16/01/2011

M/ou Mme :

SEBBAR ASSIA

OPTIQUE CHERIFIENNE  
Opticien Optométriste  
89, Rue Beni Maïd Hay Laâyoune  
Casablanca - Tel: 06 51 76 66 44

Dr. EL ALAOUI EL AOUFOUSSI J.E

OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE

الدكتور العلوي الأوفوسي ج.إ



خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

INPE :

091164939

Casablanca, le : 04.FEV.2021

Dr SEBBAR ASSIA

Neens Conclées

DE LOU

DS + 9.00 (-1.50 +1.00)

DS + 6.100

DE PS ADD + 2.75

+ 2 deu tiers

OPTIQUE CHIRURGICALE  
Opticien - Optométriste  
89, Rue Beni Mzaiter - Laâyoune  
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 42

Dr. EL ALAOUI J.E  
OPHTALMOLOGISTE  
15, Bd Fida - Casablanca  
Tél: 0522 83 18 03 - 0522 83 23 32