

# 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055446

61470

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3562 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUSS, Bouchari

Date de naissance :

Adresse : 3562

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : Shiki Salha

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : correction optique, 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 :

Le : 01 / 03 / 2021

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
28/12/2020		200.00	200.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/12/2020	28.80

# 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
		A M	P C	I M	I V	
	28/12/2020					2700.00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Debut d'Execution</p> <p>Fin d'Execution</p> </div> <div> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div> </div>															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophtalmologiste

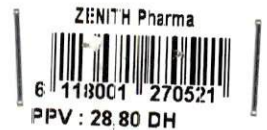
الدكتور الزهراوي محمد رضا  
أخصائي في أمراض و جراحة العيون

\* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech  
\* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux  
\* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

\* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش  
\* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو  
\* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le : 28 / 12 / 2020 الدار البيضاء، في:

Stihi Satha



Arklac  
1/2035 - 1/2035



العنوان : 219 ، شارع الهراويين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - المستعجلات : 06 39 75 75 70

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2<sup>ème</sup> étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70





OPTIQUE EL HOUDA

FACTURE N° N° 000427

Casa le : 05-01-2011

M: SIBITI SAHHA

Docteur : <u>EZ. ZAHRAoui M<sup>e</sup> (BIDA)</u>	Prix TTC
2 Montures : <u>plastique</u>	<u>1200,00</u>
Verres : <u>Optique Blanc Anti REFLEX Anti UV</u>	
VL :	
OD : <u>(99° - 0,50) + 2,25</u>	<u>100,00</u>
OG : <u>(80° - 0,50) + 2,25</u>	<u>100,00</u>
VP : <u>Optique Blanc Aminciss</u>	
OD : <u>(99° - 0,50) + 4,75</u>	<u>250,00</u>
OG : <u>(80° - 0,50) + 4,75</u>	<u>250,00</u>
Total	<u>2700,00</u>
Arrêtée la présente Facture à la somme de :	
<u>Deux Mille sept cent</u>	
<u>Dirhams -</u>	

Cité Djemaâ Bloc 42 N° 30 -Casablanca - MAROC

N° RC : 379798 - N° Patente : 33864596 - N° Fiscal : 49264596 - ICE : 001783123000077

Tél : 05 22 57 51 34 - Gsm : 06 63 07 77 87 - E-mail : hafid.ankira@gmail.com

Docteur EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda

Ophtalmologiste

\* Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Marrakech

\* Diplôme universitaire en OCT - Université de Bordeaux

\* Ancien Médecin des Hôpitaux Lyon (France)

الدكتور الزهراوي محمد رضا  
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

\* خريج كلية الطب بالرباط و مراكش

\* دبلوم جامعي في التصوير المقطعي للشبكية - جامعة بوردو

\* طبيب سابق بمستشفيات ليون (فرنسا)

Casablanca, le : 28/12/2020 : الدار البيضاء، في:

7: Stichi Safa

Une paire de lunettes avec monture, verres progressifs  
- vif - 20h - 18h:

OPTIQUE EL HOUDA  
Bld 42 M 30 C.D  
Casablanca  
Tél: 022 57 51 34

$\Rightarrow + 2,25 (-0,50 \text{ à } 90^\circ)$

$\Rightarrow + 2,25 (-0,50 \text{ à } 80^\circ)$

ADD + 2,00 en SDU

Dr. EZ-ZAHRAOUI Mohamed Réda  
Ophtalmologiste  
219 Avenue Lahraouine  
2ème étage

العنوان : 219 ، شارع الهراويين (المدنية) قرية الجماعة، سباتة، الطابق الثاني (فوق صيدلية الراحة) - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 29 18 29 - المستعجلات : 06 39 75 75 70

219, Avenue Lahraouine (Madania) Cité djemaâ , Sbata 2<sup>ème</sup> étage (au dessus de pharmacie Erraha) - Casablanca

Tél : 05 22 29 18 29 - Urgences : 06 39 75 75 70