

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

## ditions 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.

## que :

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

## ducation :

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.

## taire :

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.

## die 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

Nº M20- 0008991

Optique

Autres

RAM

6/16/21

Maladie       Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société :

Actif       Pensionné(e)

Nom & Prénom : AOUANI ADIL

Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : C 917, quartier cocotiers, colonie

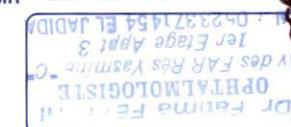
Bruxelles

Tél. : 06 22 99 50 72 30 Total des frais engagés Dhs

MUPRAS

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



1 MARS 2021

ACCUEIL

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/02/2021

Nom et prénom du malade : AOUANI DINAH Age : Fans

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Vice de sélection

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 : EL JADIDA

Le : 01/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
25/02/21	CS	1	200DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

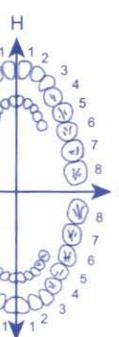
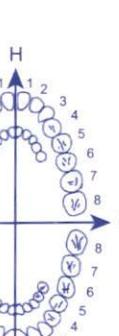
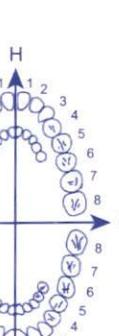
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
comptoir VISIBEL SARL AU 115 Bd Med / 1er étage N° 9 - Tadida Mobile : 06072445	26.02.2021					1000 d'Hz

## **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 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

M. Aouani Dina

Ordonnance : Dr Belhelli

Vision de loin

	SPH	CYL	AXE	ADD
OD:	+0,50	-0,50	5	
OG:	+0,50			

Vision de Près

	SPH	CYL	AXE
OD:			
OG:			

## Fournitures

Monture :	optique	500 dt
Verres :	2 lens d'yeux bleus	500 dt
	Antireflets	
	Total	1000 dt

Arrête la présente facture à la somme de :

Mille dinars

comptoir vision  
115-181, Bld Yasmine C - 2ème étage  
N° 9 - El Jadida  
Mobile : 0660 72 44 46

**Docteur FETTAHI**

Ophthalmologist

Specialist in eye diseases and eye surgery

El Jadida le :

Nom et Prenom : ..... 25 février 2021

Date de naissance : .....

Vision de Loin :

**Enf. AOUANI DINA**

OD : ..... Monture pour enfant + verres correcteurs

OG : ..... Organiques .....

Vision à l'approche OD = + 0.50 (- 0.50 à 5°)

OD : ..... OG = + 0.50

OG : .....

### Observation :

Comptoir Vision  
N° 3 - El Jadida  
Tél. : 0523.37.14.54 - 0613.45.54.64

Dr FETTAHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Rés. Yasmine, Imm C, Av des FAR 1er Etage - Appt N°3 (à coté de Café Palmier) - El Jadida  
Tél. : 0523.37.14.54 EL JADIDA  
Tél. : 0523.37.14.54 Rés. Yasmine - C.

شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عماره (Palmier) الطابق الأول - شقة رقم 3 (بجانب مقهى) - الجديدة

الهاتف : 0523.37.14.54 - 0613.45.54.64

Rés. Yasmine, Imm C, Av des FAR 1er Etage - Appt N°3 (à coté de Café Palmier) - El Jadida