

# 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.

## 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.

## Prothèse 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008993

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUANI Adil

Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : C 914, quartier cocotiers, Cotonou

Bénin

Tél. : 002299597272 Total des frais engagés : 3,200 F. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/02/2021

Nom et prénom du malade : AOUANI Adil Age : ...

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : 15/02/2021

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
03/04/2021	Cs	(15)	200.04	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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
		AM	PC	IM	IV	
CAMELIA OPTIC'S SARL 3 Rue Anatole France Av Med Rafi El Jadida Tel: 0523 35 49 79	15/04/21					300,-

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

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		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

**Docteur FETTAHI**

Ophthlalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

El Jadida le : .....

Nom et Prenom : ..... 03 février 2021.....

Date de naissance : .....

**Mr. AOUANI Adil**

Vision de [REDACTED]

OD : .....

OG : Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

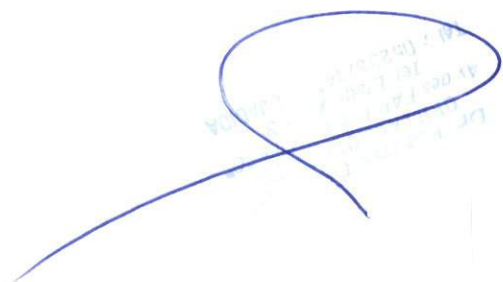
Vision de près :

OD : ..... VP : ..... OD = + 1.75

OG : .....  
OG = + 1.75

CAMELIA OPTIC'S SARL  
3 Rue Anatole France  
Av Med Rafi El Jadida  
Tel: 0523 35 49 79

**Observation :**



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

الهاتف : 0613.45.54.64 - 0523.37.14.54

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

CAMELIA OPTIC'S SARL  
3 Rue Anatole France  
Av Med Rafii El Jadida  
Tél: 0523 35 49 79

*Dr BOUANI Adil.*

Facture N° 19

*El Jadida* Le 15 02 21

Quantité	Désignation	P.U.	Total
1	monture pour lunettes de vue		1500,-
2	lunettes correctives en optique type 100 cette lunette en verre Filtre anti-lumière bleue		
	on + 1.75		750,-
	on + 1.75		750,-
	TOTAL		3000,-
	1 an Garantie lunetterie		

CAMELIA OPTIC'S SARL  
3 Rue Anatole France  
Av Med Rafii El Jadida  
Tél: 0523 35 49 79