

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0040985

63535

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5962

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAYED ABDEL YOUSSEF

Date de naissance : 05/01/1961

Adresse : HAY EL NATAR LAAYOUNE

Tél. : 066810281 Total des frais engagés : 200,00 + 270,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/01/2021

Nom et prénom du malade : MANAL FAYED

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Astigmatism - Myopia - Hypermetropia

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 : LAAYOUNE  
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/01/2021

# 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
20				
01	C.P.		200,00	
21				

Dr. BERRIMA AK  
Ophtalmologue  
INPE: 021078559  
GSM: 0661.07.84.62

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Aliaoune 6 Avenue Auxiliaire Hay El Maghrib Laayoune Tel 0528 99 28 13	2011/9/1	210,65

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
OPTIQUE AL QODS OPTICIEN-OPTOMETRISTE Al Qods N° 17 Imm. 138 Hay Al Mag Laayoune TEL: 0528981728 INPE 0250132	2011/9/1 21					2500,00 DH

# 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**DR. BERRIMA KHADRA**

**OPHTALMOLOGISTE**

EX Médecin Chef de Service

D'ophtalmologie à L'Hôpital Hassan II

Des Spécialités de Laâyoune

INPE : 021076559



**الدكتورة بريمة خضرة**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة رئيسة بمصلحة أمراض وجراحة العيون

بمستشفى الحسن الثاني سابقا

Laâyoune Le ..... 20 - 21 - 21

### ORDONNANCE

Nom et Prénom ..... M A N + L F A Y E D DR. BERRIMA K.

Ophthallogiste  
INPE: 021076559  
GSM: 0661.07.84.62

Monture + Verres Correcteurs + 17 n

Correction Optique : V L

OD:  $(180^\circ + 0,50) + 0,75 \text{ C}$

OG:  $(170^\circ + 0,50) + 0,75 \text{ C}$

V L

DL:  $(180^\circ + 0,50) + 2,75 \text{ C}$

CL:  $(170^\circ + 0,50) + 3,75 \text{ C}$

**OPTIQUE AL QODES**  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE  
Av Al Qods N°3 P.F Imm. 18 Hay 1  
Laâyoune TEL: 0528981284  
INPE 025013806

Dr. BERRIMA.K.  
Ophthallogiste  
INPE: 021076559  
GSM: 0661.07.84.62

# OPTIQUE ALQODS

Avenue AL QODS N°5 Bloc F  
Imm 138 Moulay Rachid  
LAAYOUNE  
E-mail : [optique.alqods@gmail.com](mailto:optique.alqods@gmail.com)

OPTIQUE AL QODS  
OPTICIEN-OPTOMETRISTE

Av Al Qods N°5 B. Imm. 138 Hay A. M. Rachid  
Laayoune TEL: 0528981284  
INPE 025013806  
Le 21/01/2021

Facture N° 0095/FA2021

INPE



025013806

BENEFICIERE :

MANAL FAYED

Libellé					Qté	MONTANT
Verre	: Progressif, INDO Photochromique AR				1	2200.00
Monture	: GOCCI 88125 ADLT BROWN				1	300.00

**TOTAL 2500.00**

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+0.50	+0.50	180°	+2.25
OG	+0.75	+0.50	170°	+2.25

La présente facture est arrêtée à la somme de :

DEUX MILLE CINQ CENTS DHS

Payé : Espèce

Avenue ALQODS N° 5 Bloc F Imm 138 Moulay Rachid, LAAYOUNE

RC: 78162 IF: 24922073

ICE: 002025148000001