

## 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.

### 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.

### 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

- Reclamation : 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-615370

65143 CA

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 8732 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Nom & Prénom : OUDGHIRI MONLAY IDRISS

Date de naissance : 15/07/1967 CASA

Adresse : 57 Rue 35 bt ALAMAN CASA

Tél. : 06 61 31 27 55 Total des frais engagés :



### 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 :

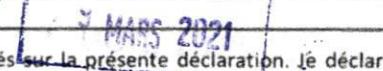
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA 23/03/21

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-615370

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6533

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

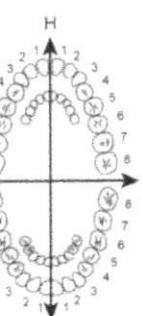
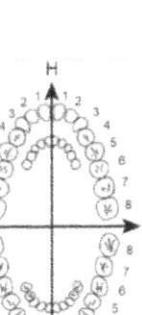
Date de dépôt :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caractères du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE LAIMON</b> Casablanca 381781 - T.P. 362-33297 T.C. 091-50-22-96	06/03/21	83,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>OPTIQUE HIDDOU</b> 44, Rue Tarabous, Casa Tél: 0522 20 29 30	20/01/2021 Rue Tarabous, Casa Tél: 0522 20 29 30					6200,00

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DÉBUT D'EXÉCUTION																				
				FIN D'EXÉCUTION																				
				<b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																				
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																			
				25533412	21433552																			
				00000000	00000000																			
D																								
G																								
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B	B																							
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																								
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																								
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																								
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																								

Docteur Fouad NCIRI

## OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté des Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Steripharma

PPV:26.00 dh

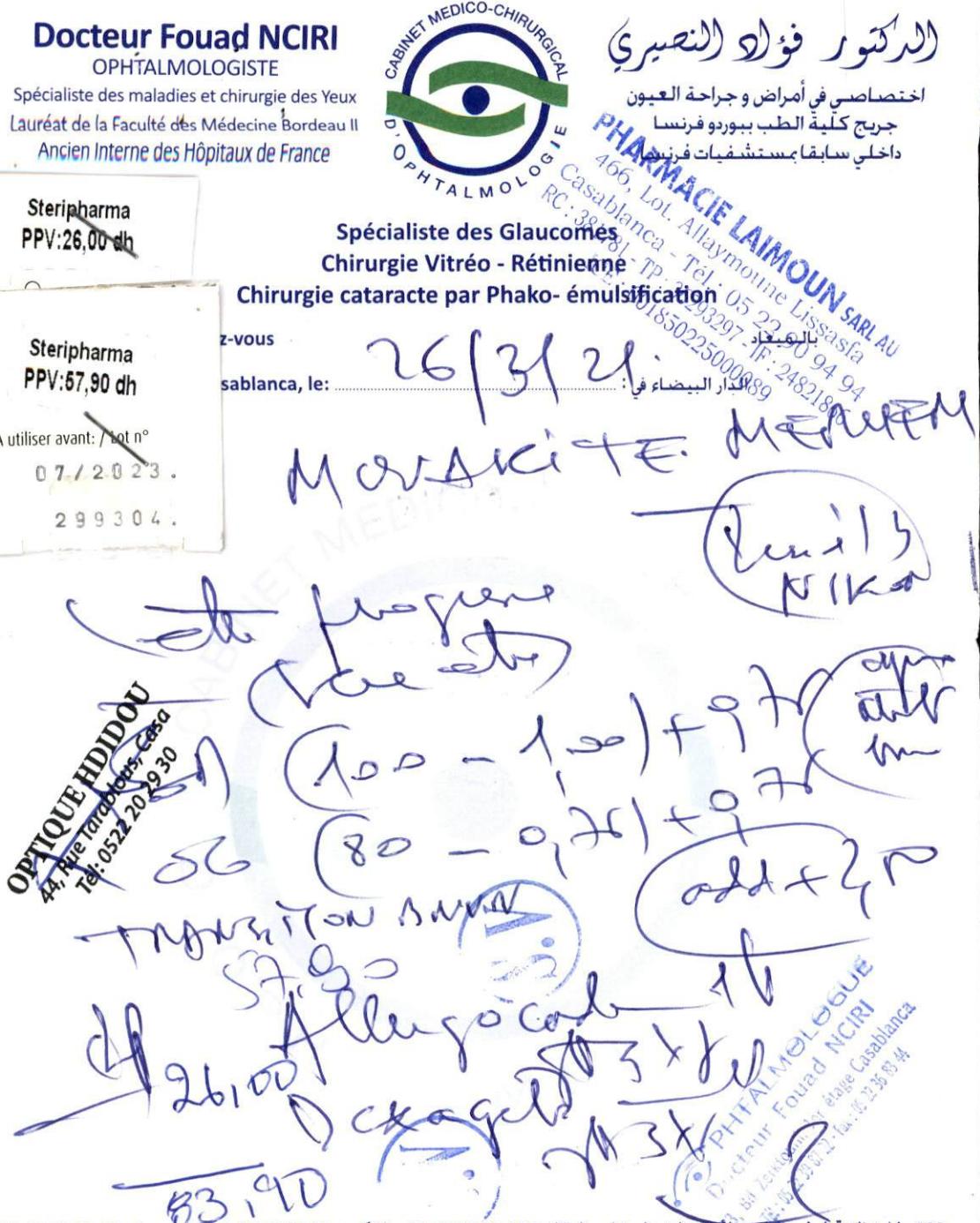
Steripharma

PPV: 57.90 dB

A utiliser avant: / lot n°

07/2023

2 9 9 3 0 4 .



283، شارع الزرقطني ، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 39 87 22 - الفاكس: 05 22 36 83 44 - المحمول: 06 61 19 75 41

283, Bd Zerkouni 1<sup>er</sup> Étage - Casablanca - Tél : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - GSM : 06 61 19 75 41

# OPTIQUE HDIDOU

**Opticienne - Optométriste**  
**Diplômée de l'institut supérieur d'optométrie**  
**et d'optique de contact de Bruxelles (I.O.R.T)**

DATE: 26/03/2021

FACTURE N° 210 276

**NOM:** MOUAKITE MERYEM

MEDECIN: NCIRI FOUAD

DESIGNATION	PRIX
<b>MONTURE</b>	
<b>VERSACE MOD 4260 GBI/11 58-16 140</b>	1700.00
<b>VERRES</b>	
PROG INGENIA ORG 1.5 BLC ANTIREFLET	2250.00
PROG INGENIA ORG 1.5 BLC ANTIREFLET	2250.00
<b>Total T.T.C:</b>	6 200.00
<b>T.V.A</b>	1033.33

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN T.T.C A LA SOMME DE:  
SIX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

## Mode de règlement

**OPTIQUE HDIDOU**  
44, Rue Tarablaou, Casa  
Tél: 0522 20 29 30