

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## diologie 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.

## tique :

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.

## entaire :

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 ALQ :

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

N° M20- 0008337

66004

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHELLIQ HOUSSINE

Date de naissance : 01.01.1961

Adresse : CHABAB AIN SEBAA ZONE D Imm 9 Apt 11

CASA

Tél : 0661302886 Total des frais engagés : 4860,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 MARS 2021

Nom et prénom du malade : CHELLIQ HAFIDA Age :

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

Nature de la maladie : suite €150

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 Le : 26/03/21

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
2 MARS 2021	4	+	2000H	

# 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	
	20/03/21					4560,00

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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. ROQAI CHAOUI Rachid**

**OPHTALMOLOGISTE**

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie  
de l'Hôpital Med V à El Jadida  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie Laser

**الدكتور رقي شاولي رشيد**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
رئيس سابق لقسم أمراض العيون  
بمستشفى محمد الخامس بالجديدة  
أنجيوغرافيا أشعة الليزر

Casablanca, le : .....22/03/2021..... في الدار البيضاء،

**MME CHELLIQ HAFIDA**

**Verres correcteurs :**

**- Vision de loin**

OD : +1

OG : (40°, +0,75) + 0.75

**- Vision de près**

OD : Add +3

OG : Add +3

**Nature des verres**

Progressifs

**+ Monture**

Rachid Chaooui  
Ed Abider Al Ghafar  
32 Bd. Abider Al Ghafar  
Casablanca - Tél : 05 22 76 58 58  
sid.05.22.76.58.58

*Rachad*

- OPTIC -

Optique Optométrie - Lentilles de contact  
Bd Abou Dar Ghafari ex E, rue 45 N° 8  
Sidi Bernoussi Casablanca (à coté de café Safir)  
Tél: 0522733203 Mobile: 0634667216  
Patente : 31611162  
ICE : 001932476000030  
IF : 40419071 INP : 095018594

**FACTURE**

N°: FA26320213164  
Casablanca le: 26/03/2021

**Prescripteur**

Docteur : CHAOUI  
Date ordonnance : 22/03/2021

**Client**

Nom & Prénom : CHELLIQ HAFIDA  
Adresse :

OD	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	+1.00			+3.00		
Interm						
Près	+4.00					

OG	Sphere	Cyl.	Axe	Add	Prisme	Base
Loin	+0.75	+0.75	40°	+3.00		
Interm						
Près	+3.75	+0.75	40°			

Référence	Désignation	Montant HT
1	Verre : PROGRESSIFS MTC AMINCIS	3000.00
2	Monture : OPTIQUE	800.00
Total HT		3 800.00
TVA		760.00
Total T.T.C		4 560.00

Arrêté la présente facture à la somme de :

**QUATRE MILLE CINQ CENT SOIXANTE DIRHAMS**

*Rachad Optic*  
Bd Abi Der Al Ghafar  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél: 05 22 73 32 03