

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-621140

66643  
*Couleur*

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>7297</b>	Société : _____		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : <b>OUADI ABDELKEBIR</b>			
Date de naissance : <b>17-03-67</b>			
Adresse : _____			
Tél. : <b>0661335681</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : 

Date de consultation : **24/03/2021**

Nom et prénom du malade : **Dr. Hassan Mohamad**

Lien de parenté : **Marié**

Nature de la maladie : **Maladie Chronique**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **Maladie Chronique**

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.

*Mr. SENNOUssi Hassan Ben Othmane  
Oftalmologiste  
Casablanca  
Age: 55  
Tel: 05 22 28 09 00  
ANAF*

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 : **24/03/21**

Signature de l'adhérent(e) : **ouad**

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° W21-621140

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

Matricule : \_\_\_\_\_  
Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_  
Total des frais engagés : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : \_\_\_\_\_

**Coupon à conserver par l'adhérent(e).**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/03/2021	U 300 H			INP : 1111111111111111

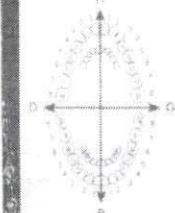
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant la Fraise

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

**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 importants :												
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF												
 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>13602419 214000860 00000209 00000200</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000200 00000200 35033411 11433253</td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctions thérapeutique, nécessaires à la prothèse	H	G	13602419 214000860 00000209 00000200		D	B	00000200 00000200 35033411 11433253		INP : 1111111111111111		
		H	G									
		13602419 214000860 00000209 00000200										
		D	B									
		00000200 00000200 35033411 11433253										
					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									
			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

*Bennouna Mohamed*

**OPHTALMOLOGISTE**

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris  
Maladies des Yeux  
Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale  
Chirurgie Réfractive



الدكتور بنونة محمد

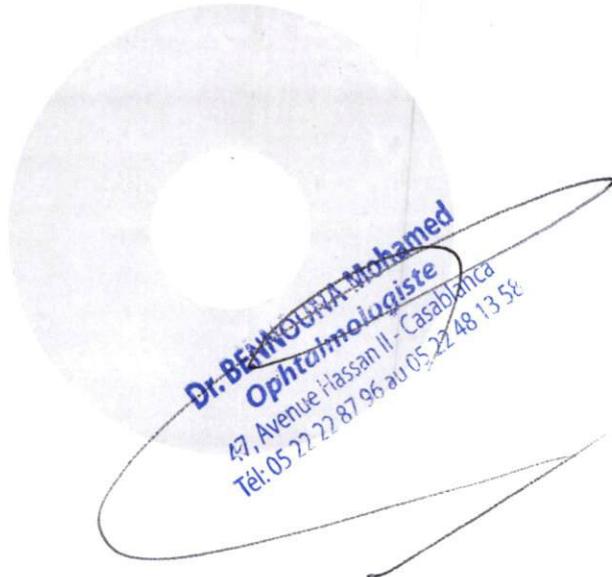
خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض العيون  
جراحة القataract و الجفن  
جراحة تصحيح البصر

Casablanca, le 24 mars 2021

Mr. OUADI Anas

**CORRECTOL: collyre N°4**

2 gouttes dans chaque oeil, en début de matinée & fin d'après-midi ( par ex: vers 8h et 18h) voire plus si fatigue visuelle, tous les jours pendant 2 mois.



الحالات المستعجلة : 05 22 25 71 71 En cas d'urgence :

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء  
47, AV. Hassan II, 1er étage - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58  
الهاتف :  
Fax : 05 22 47 32 60  
fax :  
TRAM : Station Place M<sup>ed</sup> V  
E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85