

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-500086

69264

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

102620

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NOUR SAID

Date de naissance :

27.01.1972

Adresse :

HAY INARA 1 RUE 15 N° 9 AIN CHAOUP  
CASABLANCA

Tél. : 0445539784

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

NOUR SAID

Age :

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 communiquera 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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|  | 19/04/21 | 88,80                 |

## **ANALYSES - RADIOPHGRAPHS**

| ANALYSES - RADIOPHARMACIES                          |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX               |                   |   |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|------------------------------------|-------------------|---|----|----|----|------------------------------------|--|
| Cache et signature<br>du praticien | Date des<br>Soins | Nombre  |    |    |    |                                    |  |
|                                    |                   | AM  | PC | IM | IV |                                    |  |
| Cache et signature<br>du praticien | 26/10/94<br>21    | montée entre Jeunes<br>entre progressifs<br>enseigne A.R<br>Vanilleux |    |    |    | 5000,00                            |  |

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur  
ESSADKI Fahd

Ophthalmologist  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : ..... 19/04/2021

Mr Nory Said

28,82



Artelac

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 15 jours)

ZENITH Pharma

6 118001 270521  
PPV : 28,80 CH

PHARMACIE MASSOUDIA  
Dr. Salima Anas  
Doré Salima N° 35 BIS  
Casablanca Tel: 0522557766

Dr. ESSADKI Fahd  
Ophthalmo-iste  
Chabab IIA Imm F7, Bd Baamrani  
Ain Sbâa-CASA / Tel: 0522 767550

الشباب IIA عمارة 7، شارع البعمري محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38

**Docteur  
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : ..... 19/04/2021 .....

Mr Nory Said

VISION EXPERT  
Praticien Opticien  
Optométriste  
mila S.RUE 37 N°12 Cite Djamaa  
Casablanca - Tel.: 05 22 29 15 88

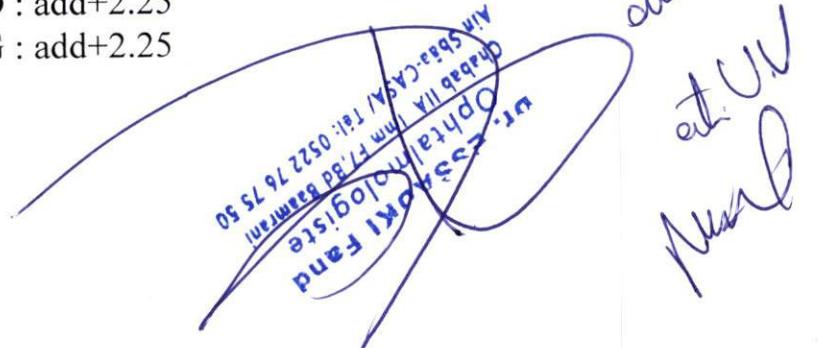
Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

OD : +0,25 (95° -0.5)

OG : +0,25 (90° -0.25)

OD : add+2.25

OG : add+2.25



الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمرياني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرتوري)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50 / 06 39 89 73 38

VISION

EXPERT

Lunetterie-optométrie-lentille de contact

Facture N° 10912021

Client (e) : NORY Said.

Casablanca : 26/04/2021

DOVISION  
Optique Experts  
Casablanca 37 Avenue  
Télé: 05 22 00 00 00  
05 22 00 00 00

| DESIGNATION                     | QUANTITES | MONTANTS UNITAIRES TTC (DHS) | TOTAL TTC (DHS) |
|---------------------------------|-----------|------------------------------|-----------------|
| monture optique                 | 01        | 500,00                       | 500,00          |
| Venesopte progressif<br>oceanic | 02        | 2250,00                      | 4500,00         |
| Antireflets<br>Vanilux          |           |                              |                 |
| TOTAL TTC                       |           |                              | 5000,00         |

Arrêter la présente facture à la somme de : cinq mille DHS

Mode de paiement espèce

|     | S     | CY    | AX  |
|-----|-------|-------|-----|
| OD  | +0,25 | -0,15 | 95% |
| OG  | +0,25 | -0,25 | 30% |
| ADD |       | +2,25 |     |

ICE : 00094154000083 - RC : 377318 - PATENTE : 37411673

IF : 49016648 - Le code INPE : 095003471

