

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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° W19-424001

70558

|   |  |  |                                 |
|---|--|--|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique       | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |  |  |                                 |
| Matricule : B98                             |  | Société : AT                           |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif              | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :       |                                 |
| Nom & Prénom : BELRITI ALAOUI m'eo)         |  |  |                                 |
| Date de naissance : 02/01/43                |  |  |                                 |
| Adresse : Rue L'OULEMAN DEN c/c Casablanca  |  |  |                                 |
| Tél. : 0666766613                           |  | Total des frais engagés : 12340,00 Dhs |                                 |

|   |  |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |
| Cachet du médecin :   |  |
| Date de consultation : 09/03/2022   |  |
| Nom et prénom du malade : BEL Masska EL Khadra - Casablanca   |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Appelation ophtalmologique   |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 05/04/2021   |  |
| 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 : Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 09/05/2021



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| 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   |
| 09.03.21                       | CS + K.S          | .1                    | 350,00                          | Docteur Maryem LAMRANI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>38, bd El Massira El Khadra Casablanca<br>tel : 05 22.34.29.46 et 05 22 94 29 |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                   |        |     |     |                                    |
|---|-------------------|--------|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particulier   | Date des<br>Soins | Nombre |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|   |                   | A M    | P C | I M |                                    |
| <br>Optical 06/05/2021<br>Casablanca Al Massira<br>0522 39 91 27 |                   |        |     |     | 12000,00 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 cannaïres, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| <b>D</b> | <b>G</b> |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 11423553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

الدكتورة مريم العمراني

مُتَخَصِّصةَ في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريس

**Docteur Maryem LAMRANI**

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Ancienne Attachée à l'Hôtel-Dieu de Paris

Casablanca, le 9 mars 2021

BELGHITI Souad

LUNETTES : monture et verres organiques progressifs antireflets

Vision de loin : OD : +0.25(20° -1.50)

OG : +1.00(165° -2.00)

Vision de près : add+2.75

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

MultOptical  
Casablanca - Al Massira  
Tél. : 05 22 39 91 27

إقامة كريمة - 38، شارع المسيرة الخضراء - 100 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 29 46 / 47

Résidence Karima - 38, Boulevard El Massira El Khadra - 20 100 Casablanca - Tél. : 05 22 94 29 46 / 47

**MultiOptical**

42 bd al massira  
al khadra casablanca

tel:0522399127

RC:136121

PAT:35770657

IF:1006557

ICE000026947000028

**CASABLANCA , le : 06/05/2021**

**FACTURE N:0110024**

**MME . BELGHITI SOUAD**

| DESCRIPTION                                       | MONTANT EN DHS/TTC |
|---|--------------------|
| 1 MONTURE OPTIQUE                                 | 3 000.00           |
| 1 VERRE OD ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET AMINCI | 4 500.00           |
| 1 VERRE OG ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET AMINCI | 4 500.00           |
| Dont TVA (20%)                                    | 2 000.00           |
| <b>TOTAL TTC</b>                                  | <b>12 000.00</b>   |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Douze mille Dirhams**

MultiOptical  
Casablanca Al Massira  
+212 0522 39 91 27