

# 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 |

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

71632

Optique

Autre

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8369

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TORJ MAN

AB DÉLAÏT

Date de naissance : 08/10/66

Adresse :

Tél. : 0661 470668

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

**Dr. BERRADA Mohammed**  
OPHTHALMOLOGISTE  
104, Bd Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@omall.com

26 AVR. 2021

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TORJ MAN AUR Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : A affection ophtalmologique

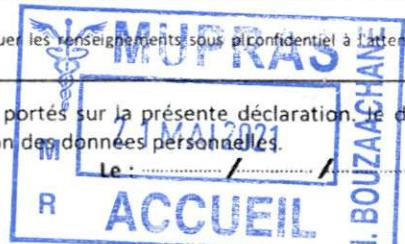
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 décide d'avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-627908

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 :

## 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
26 AVR 2021	C 2	300 -	INP : 051032771	DR. BERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE 145 Bd Abdelloumen, Rte ACAPUCC Tél: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 Email: berrada.hamid@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. BERRADA Mohammed	27/04/21 (40)	Imme	seules		1000,00	
					770,00	
					<u>1770,00</u>	
					<u>= 2700,00</u>	

## 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

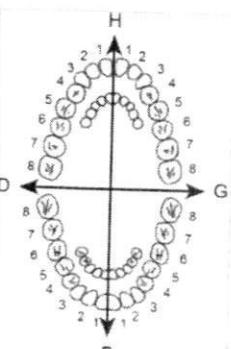
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			POSITION : 0xa200 incomplète session by time out
			INP : 0xa200 incomplete session by time out
			COEFFICIENT DES TRAVAUX : 1425
			16 feuilles
			DEBUT D'EXECUTION : 01-12-2012
			FIN D'EXECUTION : 01-12-2012
			COEFFICIENT DES TRAVAUX : 21433552
			MONTANTS DES SOINS : 00000000
			DATE DU DEVIS : 35533411
			DATE DE L'EXECUTION : 11433553

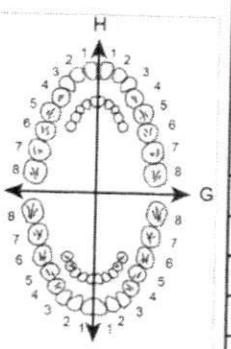
**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**



**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

[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

# OPTIPRI

Votre Vision, notre passion

Nom : TORJMAN

Prénom : AMR

Mutuelle : MURRAS

Facture N° 5089.

	VL	VP	CODE
Monture	10500		
Verre O D			VL 409 VP
Verre O G	1400,00	OPTIPRI Opticiens Optométristes Résidence Al Mawlid 4 Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual Casablanca - Tél : 0522 98 24 68	VL 409 VP
Divers			
TOTAL	2700,00		

Deux mille Sept cents dirhams

Mode de Paiement :

Chèque  
N°

Espèce

INP 085002143  
ICE 001525105000023

Fait à Casablanca .....

Le 27/04/2027

Cachet et Signature

OPTIPRI  
Opticiens Optométristes  
Résidence Al Mawlid 4  
Angle Bd Abdelmoumen & Bd Anoual  
Casablanca - Tél : 0522 98 24 68



2, Résidence Al Mawlid - Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual

Tél. : 0522 98 24 68 - Fax : 0522 98 29 87

R.C. N° : 91885 - Patente N° : 34715597 - Ident.Fiscal N° : 1086454

