

# 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.

## Diagnostic 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.

## 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.

## 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

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

MUPRAS No M20- 0004800

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5104 Société : RAM 72367  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RACHID JOHAMED  
Date de naissance : 1954  
Adresse : 55 Rue Abd Karim Kattabi Berrechid  
Tél. : 0654587602 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 11/05/2021  
Nom et prénom du malade : RACHID ISMAIL BOUCHTA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée  
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 : DENZA Le : 24/05/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
11/05/24		11	12000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/05/2024	1800,00

# 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	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

D	H	G	
	B		
	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	00000000	00000000	
	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	35533411	11433553	
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

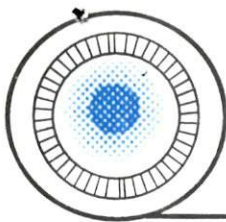
(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# optic



# ntact

*Opticien*



065008021

**Khalid Admy**

Opticien Optométriste

Facture N° 520/21

Berrechid, le 19/05/2021

Client : M. RADI KANBOUCHI

Code	Description	Total
431	R vision yeux propreté yeux	600
481	φ 60/70 blanc	600
	— — — — —	500
	RH 1800	
	2D - 0,75 (-2,00 à 60)	
	2D - 0,75 (-1,50 à 115) blanc	
	Optic Contact	300
	Opticien Optométriste	
	57 Bis Rue Médina Berrechid Tél. 05.22.32.41.44	
	IF 05-01050101 N° 4702188-01050101	

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

Khalid Admy



Docteur Abdelghani AGUEDACH

Ophthalmologiste



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ancien Médecin des Hôpitaux Militaire

Angiographie - Laser  
Strabisme  
Lentille de Contact  
Microchirurgie

الدكتور محمد الغني اكداش

طب العيون

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابقاً بالمستشفيات العسكرية

تصوير الأوعية  
علاج بالليزر  
الحول، العدسات اللاصقة  
الجراحة بالمجهر

Berrechid

برشيد، في

OPTICONTACT  
Opticien Ophthalmologiste  
Diplômé de l'Etat  
IF 06-10001-1 et IF 41-407-88-CNS-224787

MAI  
MAYBACHIA

Handwritten notes and signatures, including "OC 1 - 1.15" and "1.4.60".

Handwritten notes and signatures, including "photochromique" and "progressif".

AGUEDACH Abdelghani  
Ophthalmologiste  
88, Bd. Mly Ismail - Berrechid  
Tél: 05 22 32 72 58