

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W21-625413

ND: 79576. *Courrier*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1248 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SELKAT MOUNTASSEER  
 Date de naissance : 30-08-1967  
 Adresse : 45 RUE TAMER ELADIK AGDAL RABAT  
 Tél. : 0660 839373 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2021  
 Nom et prénom du malade : SELKAT MOUNTASSEER Age : 73  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Vise de rééducation  
 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 : Rabat Le : 12/07/2021  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
12/07	2-21	03	3000h	INP: 1010456 ALMOLOGIST Avenue de France Tél: 05 37 77 77

INF: 10102406  
 ALMOLOGISTE  
 Avenue de France  
 Tél: 05 37 77 19 77

[illegible]

72, av. Fal Guldumeir Agdal  
RABAT-Tél: 05.37.77.83.66

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

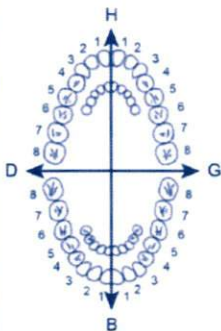
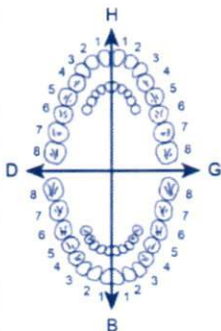
[illegible]

# RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000            00000000            35533411  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Wafa BENMANSOUR

Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux

Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

N° SEKKAT Mountasser Date 18/07/2021

Lunette vision de loin  
verres anti-~~reflex~~ progressifs

OD + 125 (100° - 080)

OS + 200 (100° - 075)

de près Add + 300

OPTICIEN  
VISION PLUS  
72, Av. El Ould Oumeir Agdal  
RABAT Tél: 05.37.77.83.56

Dr. Wafa BENMANSOUR  
OPHTALMOLOGISTE  
28, Avenue de France  
Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 77 19 77

28 Av. de France - Agdal-Rabat

Tel. 537771977

# OPTICIEN VISION PLUS

Sté View Net sarl au capital de 300.000 DH

ICE N° 000016519000090

INPE N° 105000350

Rabat le 15/07/2024

FACTURE N°2021-0296 :

NOM ET PRENOM :

SEHAT Larhach

Correction :

	VISION DE LOIN	VISION DE PRES
OD	$(\text{low} - 0,00) + 1,2$	$\text{cdh}$
OG	$(\text{low} - 0,2) + 2$	$+3$

DESIGNATION	Qté	PRIX UNIT.	PRIX TOTAL
Molien gh	1	1000	1000
Ves n12	2	2200	4400
Raylife			
		TOTAL	5400 DH

Arrêtée la présente facture à la somme TTC de :

cinq mille quatre

Adresse: 72, Av Fal Ould Oumeir n°1 - Agdal - RABAT. Tél.: 0537.77.83.66  
R.C: 48573 - Patente: 25737206 - IF: 3332071 - CNSS: 6078580  
RIB: 181 810 21211 3101275 0009 79 Banque Populaire Ag. Diour Jamâa Rabat

OPTICIEN  
VISION PLUS  
Av. Fal Ould Oumeir Agdal  
Tél: 05-37-77-83-66