

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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 réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## adie 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

81674 N° M21- 064549

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 03620

Société : RGM -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BLALI MOHAMMED

Date de naissance :

ETTOURE - MIMDOUB 11-2-1962

Adresse :

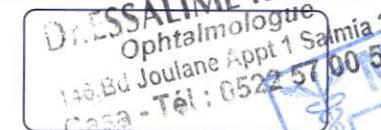
SALMIA II RUE 23 JUIN 1958

Tél. :

0666703026 Total des frais engagés : 4750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/08/2021

Nom et prénom du malade : BLALI MAHJOURA Age: 59 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection oculaire

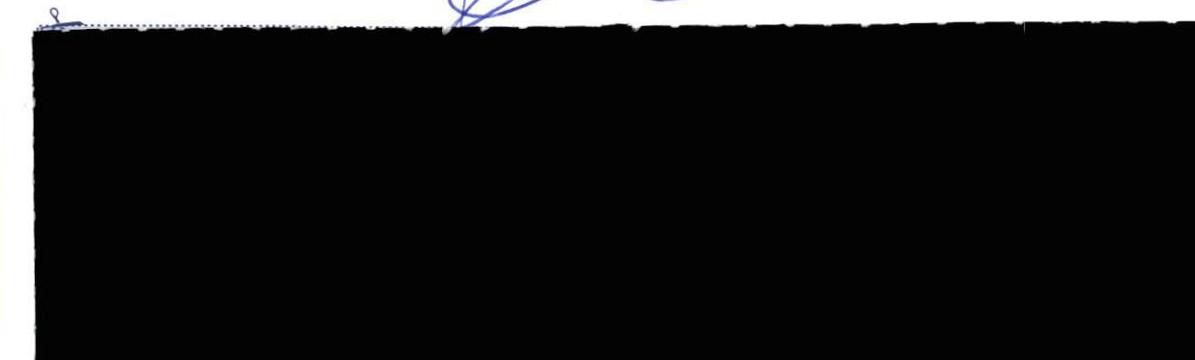
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ERIGGAR Le : 28/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## **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                         |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/08/2021      | Cs                | 50,00                 |                                 | Dr. ESSALIMI M.<br>Ophtalmologist<br>146, Bd Jules Ferry<br>Béja - Tél : 0522 51 22 51 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien                           | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| OPTIQUE<br>Belhal Mohamed<br>TÉL : 022.75.35.95<br>11/03/2013 | 2013-03-27        |        |    |    |    | 615.00.00                          |

## **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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologue pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة الساليم كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

12 août 2021

**Mme BLALI MAHJOUBA**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = +2.00

OG = +1.50

VP : ODG = Add : + 2.50

*Dr ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146 Bd Joulane Appt 1 Salmia 2  
Casab - Tel : 0522 57 00 51*

*OPTIQUE AMAL  
Béchir Mohamed  
78, 88, 92, 93, 94, 95  
Blalji Benissa-Casabla  
022. 75. 55. 95*

نظام ام ال

OPTIQUE AMAL

Rue 2<sup>e</sup> N° 63 Amal 1

Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

Casablanca Le 8.5.2021

# FACTURE

0001403

M:...BLALI MAHJOUNA..... Doit

| N° de nomenclature<br>Correspondants à la<br>Prescription du<br>Docteur..... | Vision de Loin<br>O.D. +2.50 | Vision de Prés<br>O.D. +2.50 | Double Foyer<br>O.D. | Supplément |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|------------|
|  | O.G. +1.50                   | O.G. +2.50                   | O.G.                 |            |

## FOURNITURES :

Patente : 31602814  
ICE : 0020249478008893  
IF : 52818904 - R.C : 259326

|  |                |
|--|----------------|
| Montures METAL                                 | 1000.00        |
| Verres MÉTALLIQUE ANTIREFLÉCHISSANT PROGRESSIF | 3500.00        |
| <b>TOTAL</b>                                   | <b>4500.00</b> |

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

..... QUATRE MILLE CINQ CENT DIRHAMS .....

Optique Amal  
Rue 2<sup>e</sup> N° 63  
Bernoussi Casablanca  
Patente : 31602814  
R.C. : 259326  
Date : 08.05.2021  
Signature : ...