

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## Optique 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

Reclamation : 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 caractére 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

Nº P19- 061723

### Maladie

### Dentaire

### Optique

SN

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00385

Société :

864594

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

REZKI MAZOUZA

Date de naissance :

94-15-1938

Adresse :

Hay INARAT, Rue 5, N° 21

Tél. : 0522 21 06 52

Total des frais engagés :

2 800, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

28/06/2021

Nom et prénom du malade : REZKI M. AZOUZA

Age : 83

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 : Casablanca

Le : 28/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

REZKI M. AZOUZA

Perisole 24/09/21

## 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
28.06.21	C S		300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

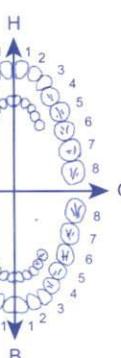
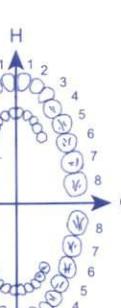
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
TIC SIDI MAAROUF Opticien Optométriste Hay Nahaj Bloc 1 N°4 Maarouf-Casablanca 022 58 19 18	28/06/2021					215.00,00 DH

## 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 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			Coefficient des travaux
	$  \begin{array}{r rr}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553 \\  \hline  B & &   \end{array}  $ <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# نظارات سيد ماروف

## Optic Sidi Maârouf

Facture № 0° 5975

Date : 28/06/21

Client : REZKI M A Z O U Z O

Mode de Règlement : espèce

Quantité	Désignation	P.U.	P. TOTAL
0.1	monture cc v. L >)	600.00	600.00
0.2	ds verres organique ANTI-R	400.00	400.00
	0.02 - 0.50 (- 0.25 à 4.0)	400.00	400.00
	0.6 (- 0.25 à 1.35)	400.00	400.00
0.1	monture cc v. p >)	500.00	500.00
0.2	ds verres organique Bla	300.00	300.00
	0.02 + 2.25 (- 0.25 à 4.0)	300.00	300.00
	0.6 + 0.75 (- 0.25 à 1.35)	300.00	300.00
<b>OPTIC SIDI MAÂROUF</b>			
Opticien Optométriste			
Hay Najah Bloc 1 N°4			
Sidi Maârouf-Casablanca			
Tél: 0522 58 19 18			

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Deux  
mille cinq cent DHS

TOTAL TTC	2.500,00
Dont T.V.A. 20%	0,00



PT210223172543

28 juin 2021

**Mme REZKI Mazouza**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 0.50 (- 0.25 à 44°)

OG = (- 0.25 à 135°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

**OPTIC SIDI MAÂROUF**  
Opticien Optométriste  
Hay Najah Bloc 1 N°4  
Sidi Maarouf-Casablanca  
Tél: 0522 58 19 18

**Dr. Reda MIKOU**

E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.com  
Tél. : (+212) 0522 47 94 18  
18, Avenue Stendhal - Casablanca 1506