

## 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 |

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-641615

87193

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
7665

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GYM ABDALLA IT

Date de naissance :

18-02-1962

Adresse :

LOT HAJ FATEH Rue S.N° 162 EL OULFA CASA

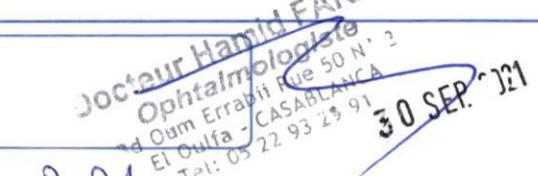
Tél. :

0661159851

Total des frais engagés : 200DH + 2500DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30-09

Nom et prénom du malade :

GYN KAWTAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

affection de la vue

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

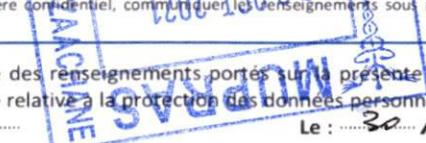
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 30-09-2021

Signature de l'adhérent(e) :



**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
30 SEP 21	G	2001	100000	DR. M. O. O. 30 SEP 21 Op. 2001 id Oulfa El Oulfa Tel: 05 22 95

**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 Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIC 21	01/10/21					210000

**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	INP : <input type="text"/>



GYM KAWTAN

*John W. C.*

$$O \approx (-1,5 \text{ a } 174^\circ)$$

$$\text{Oh: } (-1, 5 \text{ at } 180^\circ)$$

OPTICIAN  
AUTOMATIC  
TESTING  
MACHINES  
1951

Docteur HAMID FARAH  
Ophtalmologiste  
74 Csm Errabbi Rue 50 N° 7  
El Oulfa - CASABLANCA  
Tel: 05 22 93 79 91

نظام امن

## OPTIQUE AMAL

Rue 24 N° 63 Amal 1

Bernoussi Casablanca

Patente : 31602814

R.C. : 259326

M: GYÖRGY KAN FAR Doit

## FACTURE

0002687

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur	Vision de Loin	Vision de Prés	Double Foyer	Supplément
<i>FARAH</i>	O.D. (-1,50 a 174°) O.S. (-1,50 a G. 180°)		O.D. .... O.G. ....	.....

## FOURNITURES

Montures PLA SF. QWE: 1200,-00

Verres ORGANIQUE Anti-reflet 1800,00

**TOTAL.....** 25,000.00

Arrêté la Présente Facture à la Somme de :

## Marketing department

Al. 723.120. Inv. no. 804 (Blaauw)

Opgradering  
Bamboo  
R&B