

# 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.

## **Biologie 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 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**

Nº M21- 064993

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 5822

Société : 9A387

 **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom :

BOUATROUSS

Rabia

Date de naissance :

17.07.61

Adresse :

7 Rue Beckmanns Valrose Tel Apres  
Quartier Des Hôpitaux

Tél. : 066.12.15.000

Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

 **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**

Nature de la maladie :

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 : ..... / ..... / .....

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
6-1-15	CHIRURGIE	3	300.00	
				Signature : 0917429 des Hôpitaux de la Ville de Paris Préfecture de Police www.hopital.mairie.paris.fr Préfecture de Police Signature : 0917429 des Hôpitaux de la Ville de Paris Préfecture de Police www.hopital.mairie.paris.fr

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CP BIS, Rue Bourguignon Partier des Hôpitaux - Casablanca Tel/Fax : 0522 27 65 88	06/12/21	Mme SEKKAL BIS, Rue Bourguignon Partier des Hôpitaux - Casablanca 260,00 Dhs

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

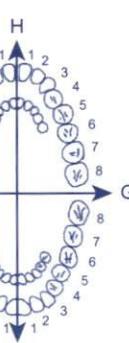
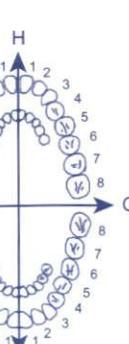
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	23/11/2014 21			optique		5900,00.DH cinq mille neuf cents

#### **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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Dr. Meriem HAROUCH

Ophthalmologiste

Ex enseignante à la faculté de  
médecine de Casablanca



الأستاذة مريم الهاروش  
الاختصاصية في أمراض  
وجراحة العيون

Casablanca, le..06/10/2021.....

Mme BOUATROUSS Rabiaa

Lunettes pour VL et vP

Verres organiques progressifs antireflets

VL : OD = Plan (- 1.00 à 90°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 85°)

VP : OD = Add : + 2.50

OG = Add : + 2.50

130,00DH  
HY-FRESH



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

~~OPTIQUE LA ROTONDE~~  
Opticienne Optométriste  
379, Rue Mustapha El Maâni  
- Casablanca

Tél: 05 22 27 00 21 - Fax: 05 22 27 11 07



Chirurgie réfractive LASIK - Implants  
Corneenne - Kérotocône - Lentilles  
Centre d'exploration, Pentacam  
Angiographie Numérisée - Laser - Echographie

# OPTIQUE LA ROTONDE

379,Rue Mustapha El Maani  
CASABLANCA 20000  
05 22 22 53 78  
RC 275446 Patente 34202486  
ICE:001806341000005  
INPE:095002325

CASABLANCA , le : 03/11/2021

FACTURE N°4098

Mme BOUATROUSS Rabiaa

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 MONTURE OPTIQUE	900.00
1 VERRERIE PROGRESSIF NIKON IMPORTATION ORGANIQUE AMINCI 1.6 ANTIREFLET ANTI UV BLEU.	2 500.00
1 VERRERIE PROGRESSIF NIKON IMPORTATION ORGANIQUE AMINCI 1.6 ANTIREFLET ANTI UV BLEU.	2 500.00
<u>VISION DE LOIN</u>  OD :Plan (-1.00 à 90°) OG :+0.75 (-1.25 à 85°) ADD: +2.50	

Dont TVA (20%)

983.83

**TOTAL TTC**

**5 900.00**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**Cinq mille neuf cents Dirhams**

MODE DE PAIMENT : EN ESP

OPTIQUE LA ROTONDE  
Opticien et lunériste  
379, Rue Mustapha El Maani  
- Casablanca -  
Tél : 05 22 22 53 78 Fax : 05 22 27 01 07