

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## cique :

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.

## 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.

## 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

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° M20- 0009041

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08185

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme SADOUK SAADIA

Date de naissance : 03/10/1956

Adresse : Sebt Beni Hila Province Sidi Bennour

Tél. : 06 00 95 19 79 Total des frais engagés : 2.200.180 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/2021

Nom et prénom du malade : Saadouk Saadia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Amblyopie

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 : Sidi Bennour

Le : 09/07/2021

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
13/03/2021	C)		200 Dh	<p>Docteur L'HANAA Abdellah Ophtalmologue Av des FAR Res. Amine 1 - Apt N°6 Sidi Bouzid</p> 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

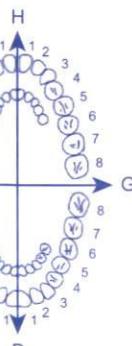
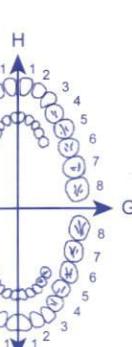
Cachet du Laboratoire OPTICIEN 2AHA 26 boulevard eddaha sidi abdelkader tel:0677793042 CE 601150100009 RC 5816 IF 64801604	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	03/12/14			~	~	2000 eur billets

## **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 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 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'EXECU

# OPTIQUE ZAKARIA

LAROUSSI ZAKARIA

Opticien Optométriste

26 Bd Eddakhla cité Pam

Sidi Bennouar

GSM: 06 77 79 30 42



# بصريات زكرياء

لعروسي زكرياء

بصرياتي - اخصاصي في تركيب العدسات اللاصقة

رقم 26 شارع الداخلة، البام

سيدي

البام

المحمول: 0677 793042 ICE 001150129000097

Facture 0002278

*Monteur: SADOUR SAADEA*

N° DE NOMENCLATURE  
CORRESPONDANT  
A LA PRESCRIPTION

D.F : { O.D : .....  
O.G : .....  
*Vue Stéréo*

{ O.D : .....  
O.G : .....  
*Vue Stéréo*

Près : { O.D : .....  
O.G : .....  
*Vues uniques*

## FOURNITURE

Monture

*Plastique (PVC)*

700.00

Verres

*Progressif optique*

1300.00

*Polyéthylène*

2000.00

Total T.T.C :

Arrêtée la présente facture à la somme :

*Deux mille deux cent*

*Payer es place*

Signature & Cachet

*OPTIQUE ZAKARIA  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
26 boulevard eddakhla sidi bennour  
tel: 0677 793042 ICE 001150129000097  
RC 5816 IF 64801604*