

## 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



## Déclaration de Maladie

Nº W21-652600

96U43

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1182</u>		Société : <u>R.A.M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EL MOUEDDEN MED</u>
Nom & Prénom : <u>EL MOUEDDEN MED</u>		Date de naissance : <u>11/05/1949</u>	
Adresse : <u>N° 1168 Bd EL FIDA An CHIFAZ</u>		Tél. : <u>0645242452</u>	
			Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<u>DR RAHIMA HAIADOUN Houria OPHTHALMOLOGISTE</u> Sidi Othmane Av. Nil Bloc 29 N°42 Casablanca Tél. 05 22 57 19 19			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>22 NOV. 2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL MOUEDDEN Mohamed</u> Age : _____			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Allur</u> <u>Diabète</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u></u>			
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **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
22 NOV. 2021	G		€ 50,-	INP DR. BEMBRA HAMIDOU

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>ABDERRAHMAN OUAZZA</b> Abou Chouaib Elita 2 - CASABLANCA Tel : 0524 21 16 97	22/11/21	138,60

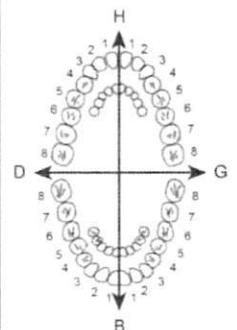
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
MOTASSIM SIHAM KADER OPTIQUE OPTICIENNE - OPTOMÉTRIE 404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1 Tel 0522 28 70 73 - Fax: 0522 80 18 36 Casablanca	27.1.11	nt + Valus				2700.00 DH

VOLET ADHERENT

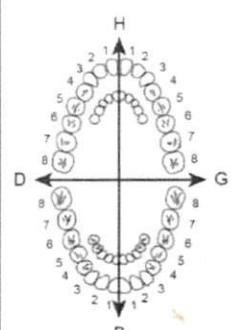
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**COEFFICIENT  
DES TRAVAUX**

1

1

1

Coefficient  
des travaux

1

1

DATE DE  
L'EXECUTION

**Docteur Héuria BENMIRA Ep. HAMDOUN**

#### Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de médecine de Montpellier

Ex. Chef d Service à l'Hopital Ben M'sik sidi Othman

Ex. Expérimentée auprès des tribunaux

## Laser - Angiographie

الدكتورة حورية بنميرة حمدون

الطب الكندي | Canadian Medical Association

خريجة كلية الطب بموانئ لمي

نَسْنَةِ مُصْلَحَةِ الْعِبُورِ بِمُسْتَشْفِيِّ بْنِ مُسْكِ سَدِّيِّ عُثْمَانَ سَابِقاً

خبرة ملحفة لدى المحاكم سابقاً

أشعة الليزر - راديو شبكة العين

22 NOV. 2021

## Casablanca; le :

الدار السليمانية

EL NOVEDADES A lo sumiso

Lunett,

$$\text{VL: } d_1: (95 - \varrho) + 1, \text{ V}$$

404  
tel 0521

$$d_2: (80 - 1,5\varrho) + 1$$

W. H. Gold

Mr. Lewis

20) fluffy

78<sup>100</sup> A.S.

30) per le carmine



0522.57.19.19 : الهاتف - الدار البيضاء - سيدى عثمان - الطابق الاول - رقم 42 - شارع الشهيد محمد السادس 29

Av. du NIL Bloc 29 - N° 42 1er étage - Sidi Othmane - Casablanca : 0522 57519 19

ILF:001823017000023

INP:095004081

ZF:02520198

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

## FACTURE

N° 0009662

Casablanca, le 27/11/2021

M EL MOUEDDEN Mohamed

$$\text{O.D.} = (-2.00 - 9\Gamma) + 1.25 \quad \text{ADD.} =$$

$$\text{O.G.} = (+1.50 + 3\Gamma) + 1.25 \quad \text{ADD.} = +2.75$$

Ordonnance du docteur Houria

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = ..... O.G. = .....	Prés { O.D. = ..... O.G. = .....	D.F. { O.D. = ..... O.G. = .....
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

## FOURNITURE :

Montures :	optique	1000	1000.0
------------	---------	------	--------

Verres :	Progressif organique	1700	1700.0
----------	----------------------	------	--------

KADER OPTIQUE  
 MOTASSIM SIHAM  
 OPTIQUE OPTOMETRIE  
 404, Av. Abdellah Senhaji 1  
 Tél. 0522 270 73 - Fax: 0522 80 18 36  
 Casablanca

TOTAL :	2700	2700.0
---------	------	--------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

deux mille sept cent  
DH