

# 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.

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 051744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3227 Société : RAM Rehaide  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Imane Hamid 115781  
Date de naissance : 11/11/1953  
Adresse : Hay Mouly Rachid Ave 10, B 10 N° 16  
Tél : 0654 776568 Total des frais engagés : 3300.00 + 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 18/03/2022  
Nom et prénom du malade : IMANE HAMID Age :  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



RELEVÉ 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
18.03.2022	C2	300	124	
11.04.2022	C2	300	124	

[illegible][illegible][illegible]

**RELEVÉ 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

**Dr Mouhssine D'KHISSY**

**Ophtalmologiste**

Ex-Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



**الدكتور الدخيسي محسن**  
**طب العيون**

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

Innocent

Résumé pour le (Nantes)

$\Delta = -0.25 (-0.17) = 160$

$de = -1.17 (-0.15) = 57$

$Abol ups = +2.75 082$

Vous avez (Nantes)

propre,

Translucide

**Dr Mouhssine D'KHISSY**  
**Ophtalmologiste**  
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
CASABLANCA



# Nitida Optic

Maâti EL Bahloul.



Opticien - Optométriste

Riad Al Oulfa Groupe 6 Imm E8.

Magasin N° 204 - Casablanca

Tél : 05 40 14 93 69

RC N° 300435 - IF N° 14496209

Patente N° 35064929 - CNSS N° 9979040

ICE : 000010525000035

FACTURE N°

Casablanca, le

M

Ordonnance du Docteur :

## FOURNITURES :

1 Montures :

optique

900,00

2 Verres :

progressif minéral

photogrip Antireflets

OD - 0,25 (-0,75 à 160°)

1200,00

OC - 1,50 (-0,50 à 55°)

1200,00

OD 2,75

NITIDA OPTIC

Riad Al Oulfa Groupe 6 Imm E8

Magasin N° 204 - Casablanca

Tel 05 40 14 93 69

TOTAL :

3300,00

La présente facture est arrêtée à la somme en DHS de :

trois Mille trois cents DH.