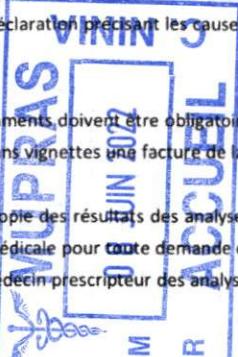


## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### 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 joindre.

### 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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

N° W21-679492

118226

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3107 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AHINDAK Abdallah

Date de naissance : 09 07 53

Adresse :

Tél. : 0657348440 Total des frais engagés : 1100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LEKHLIFI Ayoub  
Service d'Ophthalmologie  
1er CMC des FAR d'AGADIR

Date de consultation : 05/04/2021

Nom et prénom du malade : BOUKBIR Hanane Age: 31

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05/04/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-679492

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3107

Nom de l'adhérent(e) : AHINDAK

Total des frais engagés : 1100

Date de dépôt : 02-05-22

#### **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
05/06/17			/	INP : 0000000000000000 Dr. LEKHLIFI Ayoub Service d'Ophtalmologie 1 er CMC des FAR d'Agadir

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/04/12					# 100,00 DHS

#### VIOLET ADHERENT

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

#### **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 l'ODDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Boukhbir Hamane

LE : 05/04/22

## **ORDONNANCE**

Dr. LEKHLIFI Ayoub  
Service d'Ophtalmologie  
1 er CMC des FAR d'Agadir

- CORRECTION OPTIQUE POUR VISION DE LOIN :

OD: -0,75

OS: (-0,50 à 60°)

- CORRECTION OPTIQUE POUR VISION DE PRES:

- ADDITION:

ODG: +

Vire PLB, Antihist.

Dr. LEKHLIFI Ayoub  
Service d'Ophtalmologie  
1 er CMC des FAR d'Agadir

OPTIQUE AARAB  
Achbar Khadija  
Opticienne Chaperonnière  
BLOC 3 - 9<sup>e</sup> SIDI MME / Cassa Tafet Al Melloul  
Tél: 05 25 10 92 25 / 06 50 40 85 50

# OPTIQUE

## AARAB

Facture N° : 00033/2022

Client : BOUKBIR HANANE Date : 11/04/2022

Désignation			Montant
Verres	OD	-0.75 Sph	300.00 DH
	OG	Plan (-0.50 à 60°)	300.00 DH
	ADD		
Type de verre	<b>ORGANIQUE ANTI-REFLET ANTI-LUMIERE BLUE PHOTOCHROMIQUE</b>		
Monture	Acétate		500.00 DH
			Total HT
			TVA
			<b>Total TTC</b> 1100.00 DH

OPTIQUE AARAB  
Achbar Khadija  
Opticienne - Optométriste  
Bloc 3 hay Sidi Mimoun Kaysbat Taher Ait Melloul  
Tél: 05 25 10 09 23 / 06 60 40 85 50

Arrêté la présente facture à la somme de : **MILLE CENT DIRHAMS.**

HAY SIDI MIMOUN BLOC 3

80150 AIT MELLOUL

Tel: 0525100923

Patente: 49810640

RC: 23481

ICE: 002820340000088

IF: 50294905

INPE: 045030269