

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0005076

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1002 Société : 118640

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|-------------|--|----------|---|--|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|--|----------|----------|----------|----------|--|--|--|--|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F. Prothèses dentaires | Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | H | | | G | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/> |
| | H | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|-------------------|--------------------------|----------------------|
| VOLET ADHERENT | | NOM: <u>SAMIR HOUARI</u> | Mle <u>07002</u> |
| DECLARATION N° <u>P 17 / 049042</u> | | | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | Cachet MUPRAS |
| <u>13/6/22</u> | <u>2295,50 DH</u> | <u>6</u> | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |



P 17 / 049042

DATE DE DEPOT

13 / 06 / 2022

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle <u>07002</u> | Signature de l'adhérent | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|----|----|----|----|--|--|--|--|--|-------------------|--|
| Nom & Prénom <u>SAMIR HOUARI</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fonction <u>Retraité</u> | Phones <u>06 16 16 16 85</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mail <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDECIN | | Prénom du patient <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input checked="" type="checkbox"/> | Age <u>80 ans</u> | | | | | | | | | | | | | | |
| Nature de la maladie <u>Conj Allergique</u> | | Date <u>27/04/2022</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>NON</u> | | Date 1ère visite <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nature des actes <u>CS</u> | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires <u>300 DH</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| PHARMACIE | | Date <u>10/05/2022 / 10/05/22</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Montant de la facture <u>2955,50 DH</u> | | Signature | | | | | | | | | | | | | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Désignation des Coefficients | Montant détaillé des Honoraires | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date <u></u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | AM | PC | IM | IV | | | | | | CACHET | |
| Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires | | | | | | | | | | | | | |
| AM | PC | IM | IV | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |



27 avril 2022

Mr. HOUARI Samir

76,20
1/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour. pendant 5 jours, dans les deux yeux

29,30
2/ IDRO FLOG COLLYRE UD

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 1 Mois

295,50



DR. MOUNIA BOUKHRISIA
CABINET D'OPHTALMOLOGIE
INPE : 091211045
Business Center
N°13 avenue des FAR
Meknes Tél : 05 35 52 38 88



258/19 DMP/21
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses
ppv : 76,20 DHS

6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
ZI de la Guérie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE


الصانع: مختبر أونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا تبتلع - لا تحقن
احترم الجرعات الموصوفة
LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة 1 - إلا بوصفة طبية

ZIMAJ MEDICAL
PPC
219.30 DHS



Facture

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
|  | Facture N° : 406 Date : 2022-05-10 Client : HOUARI SAMIR | TMC OPTIC Tel: 0535523112 |
|--|--|-------------------------------------|

| VS | SPH | CYL | AXE | ADD |
|-------|-------|-------|-----|-------|
| VLVPD | +2.50 | -0.75 | 55 | +3.00 |
| VLVPG | +1.00 | -1.75 | 90 | +3.00 |

| N° | Désignation | Qte | PUTTC | MT |
|----|-------------------------------------|-----|--------|--------|
| 1 | PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLET 1.6 | 1 | 750.00 | 750.00 |
| 2 | PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLET 1.6 | 1 | 750.00 | 750.00 |
| 3 | Monture optique | 1 | 200.00 | 200.00 |

| | | | |
|----------|---------|-------------|---------|
| TVA | 20% | Total TVA | 283.33 |
| Total HT | 1416.67 | Net à payer | 1700.00 |

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille sept cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TMC OPTIC -- 0535523112 --
IF: 50508530 - ICE: 002574926000002 - RC:54165 - TP:17101986- INPE:135029700 - CNSS:2730426

TMC OPTIC SARL
Opticien - Optométriste
N°12 de Antsirabe 11 N Meknès
ICE: 002574926000002



27 avril 2022

Mr. HOUARI Samir

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Anti UV Antireflets

VL : OD = + 2.50 (- 0.75 à 55°)

OG = + 1.00 (- 1.75 à 90°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00

MOUNIA BOUKHRISSA
الدكتورة مونية بوخريصا
CABINET D'OPHTALMOLOGIE طب وجراحة العيون
INPE: 091211045
N°13 avenue des FAR Business center
Meknes Tél : 05 35 52 38 88

TMC OPTIC SARL
Opticien - Métier
N°12
ICE: 00257492600002

