

## 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

N° W19-490967

*coupe  
120246*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0003461 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>MOUTAHAD LAHCEN</i>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : 1-01-1954			
Adresse : BP 821 LAAYOUN 5 (72200)			
Tél. : 0668301848 Total des frais engagés : 6750 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>15/06/2021 MOUTAHAD SALOUA 16ans</i>			
Date de consultation : 15/06/2021			
Nom et prénom du malade : MOUTAHAD SALOUA Age : 16ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Vice de Refraction			
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 : *Laayoun* Le : *15/06/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *J. M. Moutahad*

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-490967	
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15.06.26	CS		850.00	INP :  INP 021208722 INP : 0528 02 2525 Ophthalmodiagnostic INP : 0528 02 2525 - INP : 0528 06

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
	20/06/22	M	+	U	6500	DHS

VOLET ADHERENT

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

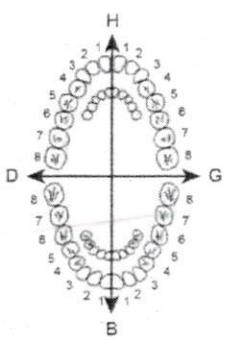
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

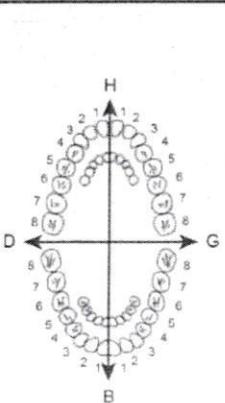
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



### ODF PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

MONTANTS DES SOINS

--

DEBUT D'EXECUTION

--

FIN D'EXECUTION

--

COEFFICIENT DES TRAVAUX

--

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'EXECUTION

# Docteur Amine MAMI

## OPHTHALMOLOGISTE

Chirurgie de la cataracte par phaco  
Maladies de la rétine  
Glaucome  
Chirurgie réfractive  
Chirurgie des paupières  
et des voies lacrymales



# دكتور أمين مامي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلاة ( بالليزر )

أمراض الشبكة

داء الزرق ( ضغط العين )

تصحيح البصر بالليزر

جراحة الجفون و مسالك تدمو

## ORDONNANCE

15 juin 2022

Enf. MOUJAHAD Saloua

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis à fort indice 1.9

OD = -12.50 (- 3.00 à 10°)

OG = - 9.50 (- 3.00 à 150°)

Dr MAMI AMINE  
دكتور مامي أمين  
Ophthalmologiste  
TÉL : 0528 99 25 25 / 0671 66 06  
Bd mohammed VI (ESSMARA) immeuble N°84 2<sup>ème</sup> étage (en face hôpital hassan II ), LAAYOUNE

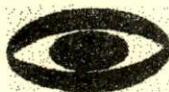
محل محمد السادس [شارع السمارة] عمارة رقم 84 الطابق الثاني ( أمام مستشفى الحسن الثاني )، العيون

Bd mohammed VI (ESSMARA) immeuble N°84 2<sup>ème</sup> étage (en face hôpital hassan II ), LAAYOUNE

Tél : 0528 99 25 25 / 0671 66 06 10 - Email : docteur.mami.ophtalmo@gmail.com

# بصريات بدر

OPTIQUE BADR



OPTIQUE MEDICAL & SOLAIRE LENTLES DE CONTACTE

Laâyoune Le...

20/06/22

Mr. ....

MOUJAHAD  
SaPouy

FACTURE

N° 02121

..... / .....

Qté	DESIGNATION	P.Unitaire	P.TOTAL
1	lentille Optique	1500	
2	Verres Extramince		
	Mécanique AR	5000,00	
	Photocronique		
	1.94		
025016759			

Arrêté la présente Facture à la somme de :

Montant H.T

Six Mille cinq  
cent DH

T.V.A 20%

Total T.T.C

6500,00

ICE (001921615000046) R.C 24770 Taxe Professionnelle 77329086 L'identifiant Fiscal: 20767936 C.N.S.S 6205662

143 Av. Chahid BOUCHRAYA ( Place d'chaira - Laâyoune  
TEL & fax : 05 28 99 43 10 T.V.A 290307