

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 M21- 069080

Optique 134229  Autres

Maladie  Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9865**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **AOUZAL Thami**

**20/08/1973**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Bouchra KARI**  
OPHTHALMOLOGISTE  
33 Bd Atlas 2<sup>e</sup> Etage - Lot Esmeralda  
Hay Laymouna - Casablanca  
Tél : 05 22 59 89 23

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : **23/10/2018**

Nom et prénom du malade : **AOUZAL IMANE**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : **Le : 23/10/2018 / 2022**

**Docteur Bouchra KARI**  
OPHTHALMOLOGISTE  
33 Bd Atlas 2<sup>e</sup> Etage - Lot Esmeralda  
Hay Laymouna - Casablanca  
Tél : 05 22 59 89 23

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-69080

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	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23/08/2012	Ophtalmologie		250,00	Docteur Bouchra KARI OPHTALMOLOGISTE 33, Bd Atlas 2 <sup>e</sup> Etage - Lot Esmeralda Hay Laymoune - Casablanca Tel 05 22 99 89 23

### 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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Reflex Optic Route Zouba Magasin N° 36 Casablanca Tél : 05 40 00 39 00	27/08/2012					250,00

### VOLET ADHERENT

03100

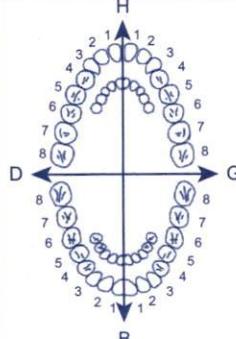
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

**O.D.F PROTHESSES DENTAIRES**

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
00000000	35533411 11433553
B	

[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**

# REFLEX OPTIC

Hicham EL AMRI

Opticien Optométriste

Diplômé depuis 1999

Adaptation Lentilles de Contact



Route Zoubair Rsd El Khozama

E/4 magasin N°36 - Casablanca

Tél : 0522 89 73 67

RC : 427194 - Patente : 36235604 - IF : 648418

FACTURE N° : 0000827

Casablanca Le : 27/8/22

Nom & Prénom : Enf. Zoubal Imade

Type de Verre : ORGANIQUE Anti Reflet

	S.P.H	C.Y.L	AXE	ADD	Prix
OD	+2	0.50	170		600,-
OG	+1.5	0.50	150		600,-
Monture :			Optifree		800,-
				Prix TTC	2000,-

Arrêter la présente facture à la somme de :

Deux Mille  
Dhs

Reflex Optic 11  
Tél: 0522 89 73 67  
I.C.E # 000553  
Inp: 0522 89 73 67  
Route Zoubair Rsd El Khozama E/4  
Magasin N°36 - casablanca  
40 00 39 00

Signature et Cachet  
Reflex Optic 11  
Tél: 0522 89 73 67  
Route Zoubair Rsd El Khozama E/4  
Magasin N°36 - casablanca  
40 00 39 00