

## 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.

N° W21-641633

740780

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 7665 Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : ABDALLAH GYM		
Date de naissance : 18-02-62		
Adresse : LOT HAJ FATEH Rue 5 N° 162 OULFA CASA		
Tél. : 066 1 15 9851 Total des frais engagés : 200 + 2500 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Docteur Hamid FARAH Ophthalmologiste n° 10um Errabbi Rue 50 N El Oulfa - CASABLANCA 05 22 20 45 45	
Date de consultation : 24/10/2022	
Nom et prénom du malade : GYM KAWTAR M	
Age: 51	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
K-one Optic Opticienne 102 Bis Rue 50 Hay Mly Abdellah Ain Chock - Casablanca	31/07/2022					200.00

AYAD EL KHAOULA

INPE · 095023958

#### VIOLET ADHERENT

## 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

## Docteur . Hamid FARAH

## Ophthalmologue



دکتور. حمید فراح

أخصائي أمراض و جراحة العيون

جلاة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

## الليزر - العدسات الاصقة

## جراحة عيوب البصر

طبیب العيون سابق بمستشفی 20 غشت

طبيب العيون سابقاً بمستشفى مولاي يوسف

الدار البيضاء في

## Casablanca, Le

24 OCT. 1971?

FYI KANTAN

~~abzweig~~  
nr. (-1,5 d-170°)  
ser. (-1,5 d-178°)-95

102 Bis, Rue 50 Hay Villy Abdellah  
Ain Chock - Casablanca

Docteur Hamid FARAH  
Ophthalmologiste  
7d Oum Errabit Rue 50 N° 3  
El Oulfa - CASABLANCA

شارع أم الربيع - مدار عمر المختار - زنقة 50 رقم 3 حي الألفة الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 93 29 91



FACTURE: N° 0002061

Casablanca la:

31/10/2022

Mr (e):

Gym 12 Aoutan

N° de Nomenclature:

11071407

Docteur:

Hamid Farah

Monture:	Optique	1000,00
Verres:	Organique AR	
Vision de lion:	1,60 Bleues	
OD	(1,60 à 170°)	70,00
OG	(1,60 à 178°)-0,50	70,00
vision de pres :		
OD		
OG		
ADD:		TOTAL 1100,00

Arrêté la présente la facture à la somme de :

Deux Mille Cinq Cent Dirhams

K-one Optic

Opticienne

102 Bis, Rue 50 HAY MY ABDELAH  
Ain Chock - Casablanca

RC :436474, IF :31900763, TP :34000981, ICE :002270067000066, INP :095023958

102 Bis Rue 50 HAY MY ABDELAH AINCHOCK CASABLANCA -20470