

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-711254

150064

A



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01696 Société : \_\_\_\_\_

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ASSIL ALLAL

Date de naissance : 01.06.1956

Adresse : OULFA lot EXTRAP lot 44 CIMA

Tél. : 06 61693366 Total des frais engagés : 2250 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/01/2023

Nom et prénom du malade : NAHILA MALIKA Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : réfraction

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 : CASABLANCA Le : 15/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
01/01/2023	C.S	2500.00	INPE	INPE Dr Aït Moulay Latifa Chirurgien-Dentiste N° 65, Résidence 7, Oufa - Casablanca 06 23 98 82 87
				091032508

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. IQUE ABDO RAHIMI Pharmacien titulaire N° 249 Lai Al Moutawakel y Djamaâ El Casablanca : 05 22 38 12 05	04/01/23	2120,00

## **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
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS**

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 : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ait Moulay Latifa**  
Ophtalmologiste

Al Wifqa Ferrara 1, Lot N° 65, Résidence Aya.  
3ème Etage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca  
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87



**الدكتورة أيت مولاي لطيفة**  
طبيبة أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الوفاق فيارا 1 - تجربة 65 إقامة آية الطابق  
الثالث - مكتب رقم 7 - الألفة الدار البيضاء  
الهاتف : 06 23 98 82 87 - التقال : 05 22 65 84 88

Casablanca le 04 janvier 2023

**Mr NAHILA Malika**

**Monture + verres correcteurs progressifs  
Filtre anti-lumière bleue**

(couchage +++)

**VL : OD = Plan (+ 0.75 à 166°)**

**OG = Plan (+ 0.75 à 9°)**

**VP : ODG = Add : + 3.00**

**OPTIQUE ARDO RAHIMI**  
Opticien Optométriste  
Bd. Laâyoune N° 249  
City Djamaâa - Casablanca  
Tel. 05 22 38 12 05

**Dr. Ait Moulay Latifa**  
Ophtalmologiste  
Al Wifqa Ferrara 1, lot N° 65, Résidence  
Aya, 3 ème Etage, Bureau N°7, Oulfa - Casablanca  
Tel. 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

# OPTIQUE ABDO

RAHIMI

Facture N° :	007/23
Fait à casa le :	04/01/20323
A Mr/Mrme :	<b>NAHILA MALIKA</b>
Docteur :	AIT MOULAY

	loin	prés	DF	PR
OD				522
OG				522

## Fournitures

		Prix
Monture	OPTIQUE	800
VERRES	PRO OR AR	1200
OD	OG	ADD
(+0,75a166)	(+0,75a9)	3
Total (TTC)	2000	

BD LAHRAOUIINE N 249 CITY DJAMAA CASA TEL0662055341Patente 33813332 RC-367738- IF,49213332- ICE000968120000029

