

# 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

- Reclamation : 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 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](http://www.mupras.com)

M22- 0026495

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 478 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ECHCHERKI OMAR

Date de naissance :

1945

Adresse : même adresse

Tél. : 05 91 15 81

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Meryem BERNY BRITEL  
Ophthalmologiste  
7ème Etage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
05 22 20 45 45 [LG] - 05 22 04 85 08

Date de consultation :

01 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : ouachane Aicha Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION oculaire

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.

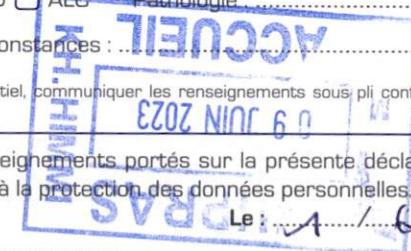
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

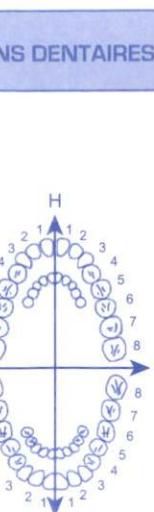
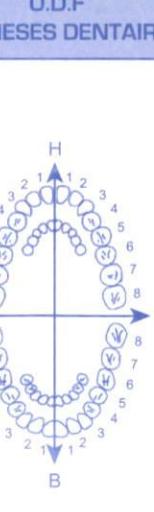
Fait à : casab

Le : 16/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient												
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
	ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
	H	21433552														
	25533412	00000000														
	D															
	00000000															
	35533411															
	B	11433553														
<b>Coefficient DES TRAVAUX</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
<b>FIN D'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
<b>DATE DU DEVIS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> </span>																



مصحة طب و جراحة العيون المسيرة  
Clinique Ophtalmologique AL MASSIRA

Casablanca, Le 01 JUIN 2023

Docteur

Dr Meryem BERNY BRITEL  
Ophtalmologiste

7eme Etage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 94 86 10-Fax : 0522 94 86 08

Mme : Ouchane Aicha

130,00  
x3 Hy Fresh  
Kola x4/j  
95,20  
x5 Icamb

châtellement de 3 mois

châtellement de 3 mois

30,30  
x 4/j  
Total: 896,30

~~PHARMACE AL QUARSI  
CHAI AK Haj Nassar  
Steur en Financier  
52280 38 45 - 0522 94 86 08  
NICA 140300057~~

~~Meryem BERNY BRITEL  
Ophtalmologiste  
7eme Etage 5 Rue Ahmed Al Mokri  
Angle Bd. Anfa - Casablanca  
Tél : 05 22 94 86 10-Fax : 0522 94 86 08~~

~~Clinique Ophtalmologique  
AL Massira  
5 Rue Ahmed Al Mokri Bd. Anfa - Casablanca~~

5 زنقة احمد المقرى - زاوية شارع الها - حي راسين - الدرالبيضاء  
5, Rue Ahmed Al Mokri, Angle Boulevard Anfa, Quartier Racine - Casablanca

الهاتف : 05 22 94 86 10 - Fax : 05 22 94 86 08

E-mail : ophtalmomassira2013@gmail.com

