

## 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.

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Déclaration de Maladie

N° W21-675545

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	6714	Société :	R.A.M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	NOUR NOUREDDINE
Nom & Prénom :		10.06.1956	
Date de naissance :		HABITUELLE	
Adresse :		16 JUILL	
Tél. : 0661335923		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. HAMIDI Basma OPHTHALMOLOGISTE Rés. Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed Siâmmassi 1er Etg. N°1 Bourgogne - Casablanca Tel. +212 6 62 06 63 77 / 0522 22 00 70	
Date de consultation :	23/06/2023
Nom et prénom du malade :	
NOUR NOUREDDINE Age: 67ans	
Lien de parenté :	<input checked="" 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 :	AGA
Signature de l'adhérent(e) :	23/06/2023
MUPRAS	
ACCUEIL	
R. 06/06/2023	

### 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
23/06/23	CS 1	300 DH		INP : INPE : 091282731a Dr. HAMIDI OPHTALMOLOGISTE Sijmias, 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed V, Casablanca Tél: 012 6 02 06 63 77 0522 26 17 36

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

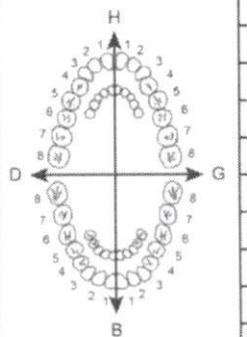
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

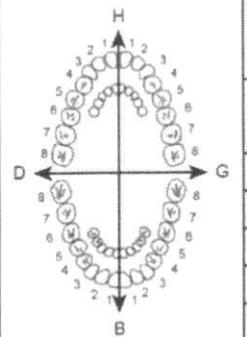
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
RIAD HAMIDI	23/06/23					3800,00

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

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



**23 juin 2023**

**Mr. NOUR Noureddine**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Amincis

VL : OD = + 2.25 (- 1.75 à 90°)

OG = + 1.75 (- 0.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 2.75

**RIAD OPTIQUE**  
372, Bd. Abdellah Senhaji  
Idrissia 1 - CASABLANCA

**Dr. HAMIDI Basma**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Rés. Normandie 2, Angle Av. Nice et Bd. Mohamed  
Sijilmassi, 1<sup>er</sup> étage, 1<sup>er</sup> Bourgogne - Casablanca  
Tél. : +212 6 62 06 63 77 / 0522 36 02 36

**RIAD OPTIQUE**

372, Bd Abdellah Senhaji

Drissia I, Casablanca.

TEL: 0661153350

DATE: 27/06/2023 FACTURE N° 3236 CLIENT: NOUR  
NOURDDINE

		SPH	CYL	AXE	ADD
V.LOIN	OD	S+2,25	C-1,75	90°	2,75
	OG	S+1,75	C-0,75	85°	2,75
V.PRES	OD				
	OG				

CODE	Quantité	DESIGNATION	Prix. U	Total TTC
431	1	MONTURE OPTIQUE verre progressif organique anti-reflet	800.00	800.00
431	1	OD	1500.00	1500.00
		OG	1500.00	1500.00

TOTAL HT	TVA	TOTAL TTC
3166.67	633.33	3800.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME:  
TROIS MILLE HUIT CENT DIRHAMS.