

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-793859

186057

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	3507	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ROUSSARHANG Souss Epx. Youn TASSIR
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Bouss ARHANG Souss Epx. Youn TASSIR		31/08/1958	
Adresse :		Téléphone :	
Rosid ONE AIN DIAR		06-61-15-81-80	
IMM. e N°10 RAS ABLANCA		Total des frais engagés :	
		Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/12/2023

11 DEC. 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
07/05/2023	CS	300		INP : 095015988 201: 05/22/2023 DRA. EL ALAOUI SIDI ORDONNANCE DE SOINS SIDI ALAOUI
		62		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

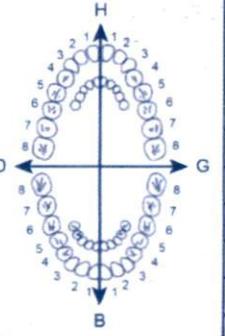
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQ AVICENNE 2, Bd.Ibn Sina - Hay El Mana 20200-Casablanca Tél: 05 22 94 68 00 INPE: 095015988	07/05/2023			# 3100	4	

### VOLET ADHERENT

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

	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>		
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		

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

**طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني**

**لطب العيون 15.20 بباريس**

**خريجة جامعة باريس 6**

**07 novembre 2023**

**BOUSSARHANE Souad**

**Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques**

**Vision de près :**

**ODG = + 2.50**

**OPTIQ'AVICENNE.**  
202, Bd.Ibn Sina - Hay El Hana  
20200-Casablanca  
Tél: 05 22 94 68 00  
INPE : 095015988

**Dr. EL ALAOUI Saïda  
Ophtalmologiste  
207, Boulevard Zerkouni  
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA**

**OPTIQ'AVICENNE**  
202, Bd.Ibn Sina - Hay El Hana  
20200-Casablanca  
Tél: 05 22 94 68 00  
INPE : 095015988



**OPTICIENNE - OPTOMÉTRISTE  
ADAPTATION DE LENTILLES  
DE CONTACT**

**FACTURE N°** 0001268

Casablanca, le : 01/12/2023.

M : Boussarhane Saïd

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	MONTANT
01	Dr Saïda El Aloui	
	du 08/11/23	
01	Onture A1	1200,
02	verre progressif B100 Anti-reflet Anti tâches Glace Amis fil 61 Support et b 120,	
01	401	975,
06	401	975,
Arrêtée La présente facture à la somme de		<b>Montant T.T.C</b>
<del>Cost total de trois mille cent cinquante</del>		<del>3150,</del>
<del>DDU-</del>		