

# 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle 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)

N 3896

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024113

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08384 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KHOUA Nour El Date de naissance : 24.2.1962

Adresse : LISAS SALOUT LOUBIR TUNI 24 APP 4 CASA

Tél. : 0664307577 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : RABBAH MALIKA Age : 52

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Consultation Céphalothrombolysique

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 : 07 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : EL KHOUA

#### **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
22.10.21 2024	CS		250 DH	 Dr. Nidal Molo Ophtalmologist Lot. Ouar Dama, Imm. Bap. 3 N°14, Azhar, Oujda Tunisie - Tel. +216 73 47 35

## **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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05-02-2024					320

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	G B			MONTANTS DES SOINS
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



**خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء**  
Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

ame Rabbah Ratiba

1) Charnets sur correction sphériques, vertes  
érogéniques en photographie

**BENKIA OPTIQUE**  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE -  
7-9c Avenue du Rhône - Bâtiment Aptt. 3  
Lyon, MG 34H 4 - CASABLANCA  
Tél: 04 66 38 77 76 66 76 23 01

oD  
oC

$$(-2, 00 \bar{a} 4^{\circ})$$

-0,70 (-2,00 à 1°)

\* 2,50 en additief en oD's  
en versch progressieve

2) TaiLin HA

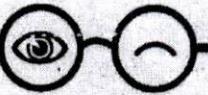
length  $\times$  3  $\hat{=}$  4 ft

3) Serum physiologiques de l'ovule ou l'embryon demandés en mission à l'étranger

تجزئة الدار دارنا، عمارة B36 الطابق الثالث مع المصعد، شقة 14 الازهر، (مدخل فتح السلام)، الألفة - الدار البيضاء  
 Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3<sup>e</sup> étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar (Entrée Farah El Essam), Oulfa - Casablanca

# BENKIA OPTIQUE

Opticien Spécialiste



HAJAR

7 Op. Annakhl Rahma - Etage MG Apt. 3

Imm. MG 3GH 4 - Casablanca

Tél. : 08 08 56 38 77 / 06 66 76 23 00

Ordonnance du Docteur :

N° de Nomenclature : .....		HAJAR BENKIA	
Correspondant à la prescription		INPE: 095028411	
LOIN	O.D. : <i>110-200/-</i> O.G. : <i>110-200/-05</i>	PRES	O.D. : <i>+2.87</i> O.G. : <i>+2.87</i>
FOURNITURE			
Monture : <i>Plastip optip</i>		<i>1000.-</i>	
Verres : <i>0.80/1.10</i> <i>plastip 1.60/2.00/-</i>		<i>2200.-</i>	
Total :		<i>3200.-</i>	
<b>BENKIA OPTIQUE</b> OPTICIEN OPTOMETRISTE  7 Op. Annakhl Rahma - Etage MG Apt. 3 Imm. MG 3GH 4 - CASABLANCA Tél: 08 08 56 38 77/06 66 76 23 00			

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Casablanca, le : *05-02-2024*

M. ou Mme : *RABBAH MALIKI*