

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)

193869

**Déclaration de Maladie : N° P19-0015665**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **006327**

Société : **RAI**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **HAMDANE LAEBID**

Date de naissance : **28/04/1965**

Adresse :

Tél. : **0522912177** Total des frais engagés ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/01/2024**

Nom et prénom du malade : **HAMDANE LAEBID** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **vis**

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 : **07/02/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
371- 24	3	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
Opticien Optometriste Riad Al Ouifa Groupe 6 Imm E8 Mag N° 204 Casablanca Tél: 05 40 14 93 69 NPE: 095007357	31/01/2024				Non du optiq + vues progressif Amicis

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

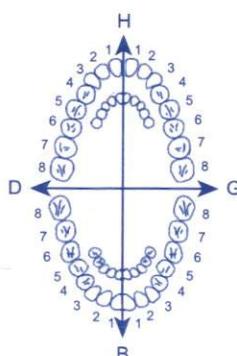
## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Lauréate de la Faculté de Médecine  
de Montpellier (France)  
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie  
Laser -OCT - Strabisme - Lentilles de Contact  
Medecin agréée :  
Permis de conduire



خريجة كلية الطب بمونبليي (فرنسا)  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
أشعة لازير  
طبيبة معتمدة :  
رخصة السياقة

Casablanca, le:

الدار البيضاء، ٢٠١٤

~~E H A M A N S . R A C H I D~~

~~PROBLEME~~  
~~Ant~~

$$\text{Op: } (90^\circ - 0,75) + 2,75$$

$$= (75^\circ - 1) + 2,75$$

$$+ 2,75$$

~~NITIDA OPTIC~~  
Opticien Optométriste  
Riad Al Oulfa Group 6 Imm E8  
Mag N°204 - Casablanca - Maroc  
Tel: 05 40 14 99 88  
INPE: 095007351

~~DR EL ALAOUI BEN HACHEM BAHJA~~  
105 Bd. Afghanistan  
OPHTALMOLOGUE  
Hay Hassani Casablanca  
Tél: 0522.93.32.66

## NITIDA OPTIC

Riad OulfaGh 6 IMM E8 MAG 204-CASA-

FACTURE N° : 009004/2024

Casablanca, le : 31/ 01 /2024

Mr/Mme/Mlle : HAMDANE RACHID

N° de Nomenclature : .....

Docteur : EL ALAOUI BEN HACHEM BAHJA

Monture :	.....Optique.....	.....1800,00.....
Verres :	ProgOrgAr Amincis	
OD :	+2,50(-0,75 à 90°)	.....3000,00.....
OG :	+2,75 (-1,00 à 75°)	.....3000,00.....
Add :	+2,50	.....
OD :		.....
OG :		.....
	TOTAL :	.....7800,00.....



Arrêtée la présente facture à la somme de : .....en espèce.....

.....Sept Mille Huit Cents Dirhams .....

ICE: 000010525000035 INP: 095007357 RC:300435 IF: 14496209 Patente : 36616616