

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1823 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FARI

Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-038720

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

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

## 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 des

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

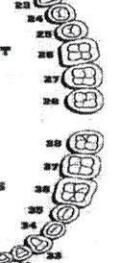
Présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

ture

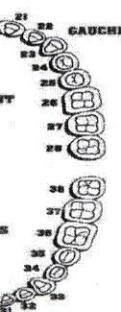
diographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

NTAIRES

GAUCHE



ODF.  
dentaires



Dents  
Traitées

Nature  
des soins

Coefficient

**Coefficient des**

**Montant des soins**

**Début d'exécution**

**Fin d'exécution**

**Coefficient  
des travaux**

**Montant des soins**

**Date du devis**

**Fin de**

Détermination du coefficient  
masticatoire

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession



W18-394639

DATE DE DEPOT

13.09.2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

1823

Nom & Prénom

Fonction

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

EL FARAH YOUSRA

11 SEPT 2019

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date 1ère visite

Nature de la maladie

Affection

canalique

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

2

200.00

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

13 SEP.  
MUPRAS  
ACCUEIL

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
----	----	----	----	------------------------------------

1000

2300,-

CACHET

DR. OUHADI Souad  
Ophtalmologiste  
Bab Al Bahr Innakha 4, 1st Flg. Apt. 1  
Al-Bayan, Al-Bayan, 10000  
0122563556

**Docteur OUHADI Souad**

**Maladies et Chirurgie des yeux**

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie refractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Permis de Conduire



**الدكتورة أهادي سعاد**

**أمراض و جراحة العيون**

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلاة بالامواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة و تجميل الجفنون

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

رخصة السياقة

Casablanca le, 11/09/2019

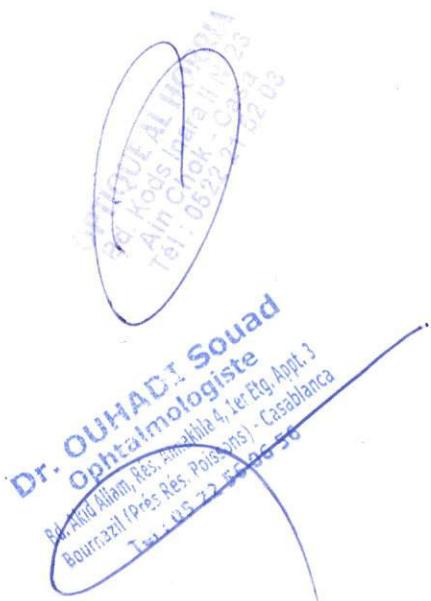
**Melle El Fara Yousra**

Lunettes pour vision de LOIN

OD : +3 (135° -0,50)

OG : +2,50 (165° -0,50)

, Verres blancs anti UV+ Monture



شارع العقيد العلام - إقامة النخلة 4 - الطابق الأول رقم 3 بورنازيل - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 56 06 56  
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56  
(Près Restaurants Poissons) قرب مطاعم اسmek)

# Docteur OUHADI Souad

## Maladies et Chirurgie des yeux

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août

Ex. Médecin à l'Hôpital My Youssef

Membre de la société française d'ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive et esthétique des yeux

Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Permis de Conduire



11 SEPT 2019

الدكتورة أهادي سعاد

أمراض و جراحة العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة سابقة بمستشفى مولاي يوسف

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلاة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة و تجميل الجفن

جراحة مسالك الدموع

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

رخصة السياقة

Me BZ PARA Yenne

11 Lorsdale Coly 25 08/09  
right + 810°

Dr. OUHAD Souad  
Ophtalmologiste

Rés. Annakhla 4, 1er Etg. Appt. 3  
(Près Restaurants Poissons) - Casablanca

شارع العقيد العلام - إقامة النعمة 4 - بورنازيل - الدار البيضاء - الهاتف . 05 22 56 06 56  
Bd. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Appt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél.: 05 22 56 06 56  
(قرب مطاعم السلك) (Près Restaurants Poissons)

# AL HORRIA OP

Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca



# بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدم  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Nº 008148

Docteur: OUHAÏI SUUAD  
Mr. : EL FARAH YOUSSEF

**Nomenclature :** 408 - 408.

Montures :	VL	optique	600,-	~
	VP			

Type de verres : 01209 01  
1.6 Aminal

### \* VISION DE LOIN :

OD :	Axe : 135	Cyl : -0,50	Sph : +3,00	850,-	(330X9)
------	-----------	-------------	-------------	-------	---------

OG:	Axe : 165	Cyl : -0,50	Sph : +2,50	850,-
-----	-----------	-------------	-------------	-------

### \* VISION DE PRES :

OD :	Axe : -	Cyl : -	Sph : -	
------	---------	---------	---------	--

OG:	Axe : -	Cyl : -	Sph : -	
-----	---------	---------	---------	--

Add : .....

=	2300,-	~
---	--------	---

**Total :** Deux mille trois cent DT.

**Date:** 13.09.19