

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-412400

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 8495      Société : ...

Actif       Pensionné(e)       Autre : ESSALHIS      NABE LAZIZ

Nom & Prénom : 1463165      Date de naissance : 14/03/65

Adresse : AESSALHIS @ ROYAL AIR MAROC WNY

Tél. : 066588516      Total des frais engagés : 1450,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. NACIR BEN SALEM MEDICAL DOCTORAL CLINIQUE AU PERMIS DE CONDUIRE AP-ITUN-AZ-ZAHRA Lalla Asmaa Res. Adam 2 imm. 1 Appart 2 Fabriquet-Sale Tel. 05 22 31 06 52 28

Date de consultation : 09/10/2019      Nom et prénom du malade : ESSALHIS FATIMA ZAHRA Age : ...

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : Ry      Le : 09/10/19

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
09/11/15	CS		250 DHC	INP : 101 MA 80301 Médecin : Dr M. AFTITIYE M. AU PERMIS DE Av. Lalla Asmae Appt 2: Fabria Tel: 05 37 8

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	1 Oct 2012	Monture + Vêtements		1200		1100

#### **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.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433550</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433550	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
25533412	21433550																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



Nabil Zahri

Opticien Optométriste  
Spécialiste en  
Lentilles De Contacte

Salé, le .....

11 Octo 2019

Facture N 0007588

M. ESSALHI  
FATIMA Zahra

Dr.

INP  
105010672

VISION LOIN	VISION PRES
OD : Sph <u>+2,75</u> Cyl <u>-2,25</u> Axe <u>5°</u> OG : Sph <u>+2,75</u> Cyl <u>-2,25</u> Axe <u>115°</u>	Add ..... 11 Add ..... 11

Désignation	Prix
Monture : Plastique	500
Verres : Ergonomique ANtiReflet	700
Lentilles :	
Observation :	

Cachet - Signature :	TOTAL	1200
MONTANT ( en lettres )		Quatre mille deux cent dix mètres

Mag. N° 3, Rés. El Ghazouani, Av. Médiouna, 11000, Bettana, - Salé - Tél. : 06 61 33 00 03  
ICE : 000416462000057 - R.C : 29702 - Patente : 28801524 - I.F : 36226420

E-mail : okovision@hotmail.fr

11 Octo 2019

Cabinet NACIRI d'Ophtalmologie

Dr. NACIRI Kamal

Ophtalmologiste

Agrée à délivrer des Certificats

du Permis de Conduire



عيادة الناصري لطب وجراحة العيون

د. ناصري كمال

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد لمنح الشواهد الطبية

لرخصة السيارة

09 Octobre 2019

Mme ESSALHI Fatima Zahra

Monture pour enfant + verres correcteurs

OD = + 2.75 (- 2.25 à 5°)

OG = + 2.75 (- 2.25 à 175°)



شارع بلا أسماء، إقامةAdam 2، عمارة 1، شقة 2 - تابريكت - سلا الهاتف: 05 37 86 52 28 مستعجلات: 06 68 07 47 26  
Avenue Lalla Asmae, Résidence Adam 2 Immeuble 1 Appartement 2 - Tabriquet - Salé  
Tél : 05 37 86 52 28 / Urgences : 06 68 07 47 26