

# 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 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0051658

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : MARNISSI 00447 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : —

Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed

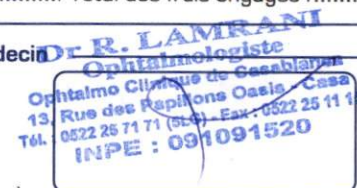
Date de naissance : 27.01.1943

Adresse : Ressal Al Wiam Inn R n°7 201FA Casa

Tél. : 06 61 20 83 35 Total des frais engagés : 1700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/10/2022

Nom et prénom du malade : MARNISSI Ahmed Agé : 29

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casa Le : 31/10/22

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# RELEVÉ 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
20.10.22	CA		CA	<b>Dr R. LAMRANI</b> <b>Ophthalmo-Logiste</b> Ophthalmo Clinique de Casablanca 15, Rue des Papillons - Casablanca Tél : 0622 25 71 71 (S.O.) - Fax : 0622 25 11 15 NPE : 091091520

# 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

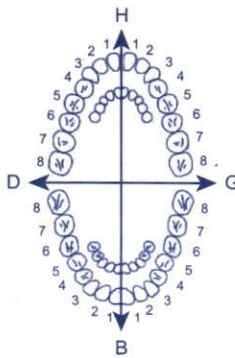
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>IARINA OPTIQUE</b> Opticien Optométriste Centre Commerciale Marina Bordj Bou NC 10007 - Casablanca ICE: 00198338900000	30/10/22					1700,00

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

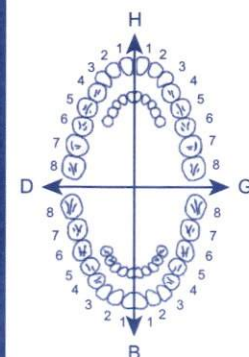
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

## (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

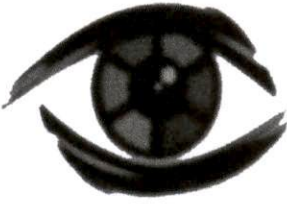
DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Facture

	<b>Facture N° :</b>	<b>MARINA OPTIC</b> expertoptic1@gmail.com Tel:
	1587	
	<b>Date :</b>	
	2022-10-31	
	<b>Client :</b>	
	MARNISSI	
	AHMED	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	00	-1.00	120	+3.00
VLVPG	+0.50	-1.75	85	+3.00

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	BOURGEOIS ESPACE DIGITAL REGULAR H-MONTAGE 18MM BLANC 1.5	1	600.00	600.00
2	BOURGEOIS ESPACE DIGITAL REGULAR H-MONTAGE 18MM BLANC 1.5	1	600.00	600.00
3	MONTURE	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	283.33
Total HT	1416.67	Net à payer	1700.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille sept cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

MARINA OPTIC – expertoptic1@gmail.com --  
 IF: 26117252 - ICE: 001988389000087 - RC:411911 - TP:35492689- INPE:095021788 - CNSS:1138304

**MARINA OPTIQUE**  
 Opticien Optométriste  
 Dr. Houda Zainab  
 Centre Commerciale Marina Shopping  
 Boulogne NC 10007 - Casablanca  
 ICE:001988389000087



# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT210315101412

**MARNISSI Ahmed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques

VL : OD = (- 1.00 à 120°)

OG = + 0.50 (- 1.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 3.00

**MARINA OPTIQUE**  
Opticien Optométriste  
D. Abdel Zainab  
Centre Commerciale Marina Shopping  
Boutique 101007 - Casablanca  
ICE:001988389000087

**Dr R. LAMRANI**  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
43 Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15  
INPE : 081091520

**Urgence 24/24**