

# 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.

N° W21-769324

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 0933 Société : 138924

Actif  Pensionné(e)  Autre : ELOUNARDI Mohamed

Nom & Prénom : 1943

Date de naissance : 14 Rue Bellouch Elhassan Oasie

Adresse : CASABLANCA

Tél. : 0667401507 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. LAMTIRI MOKRIM Lai

OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

Cachet du médecin : 31 Octo 2022

Nom et prénom du malade : MAALA MINA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : vice de refraction

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

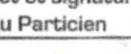
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

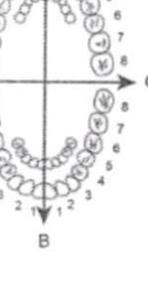
Fait à : CASABLANCA Le : 22 NOV 2022

Signature de l'adhérent(e) : Elouardi



ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>AN MATEE DAVIS</i> <i>Bis. das Vanneau</i> <i>5 - Casablanca</i> <i>22.09.27.54</i>	<u>31/12/42</u>		<u>89,00</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
	15/01/2022					2300,00	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Date

15/11/2022

## FACTURE

Mr: Maello Mina  
Docteur: LAMTIRI MOKRIM Laïla

Types des Verres :

OPMA - AR  
Avec 1,74

Monture :

Optique

900,00

\*Vision de Loin :

OD Axe ..... 178 Cyl ..... -1,75 Sph ..... -6,00 700,00

OD Axe ..... 159 Cyl ..... -1,95 Sph ..... -3,50 700,00

\*Vision de Prés :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

Add : .....

Montant : ..... 2300,00

Arretée la présente Facture à la somme de :

Deux mille trois cent dinars

N° 425 Centre - Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

Dr LAMTIRI MOKRIM Laila

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



الدكتورة لمطيري مكرم ليلي

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

أستاذة مساعدة سابقا  
 بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le ..... 31 Octo 2022 ..... الدار البيضاء، في

Mme MAALLA Mina

VERRES DE LOIN + ANTIREFLETS

Oeil Droit : (178° -1,75) -6,00

Oeil Gauche : (159° -1,25) -3,50

PD = 65 mm

OPTIQUE MILLE POUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

# Dr LAMTIRI MOKRIM Laila

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA

Casablanca, le ..... 31 Oct 2022 ..... في ..... 31 اكتوبر 2022

Mme MAALLA Mina



1 lavage en cas d'irritation conjonctivale.

PHARMACIE DALAL  
24, Bis, des Vanneaux  
Oasis, Casablanca  
Tél. 05 22 99 27 54

PHARMACIE DALAL  
24, Bis, des Vanneaux  
Oasis, Casablanca  
Tél. 05 22 99 27 54

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

