

## 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° W21-774231

140104

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9411

Société : 1241

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL IDRISI AMIRI YOUSSEF

Date de naissance :

06/04/71

Adresse :

Tél. : 0663497004

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/12/2022

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

AJ Dentaire

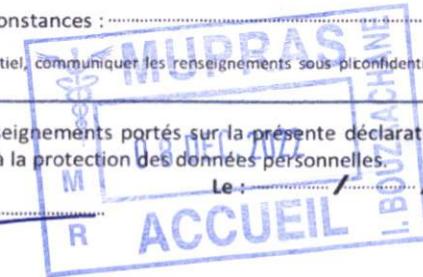
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca

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 Relèvement des Actes
02/22	ctr	ce		INP : 123456789 Dr A. Z. Optométriste et Clinique de Casablanca 325771 (80) 123456789 TÉ : 0911-40571

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
M-A-B Optic Opticien Optométriste 53 Rue Iguibate Casa El kram Daali Tunis : 065022622	31/12/2022					4000

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																				
	SOINS DENTAIRES		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</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G																	
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
D		G																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B		B																		
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA



مصحة العيون  
للدكتور البيضاوي

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



PT221202085527

Casablanca le : .....  
02 décembre 2022

EL IDRISI AMIRI Youssef

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

VL : OD = + 1.25

OG = + 1.25

VP : ODG = Add : + 2.25

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibate Casa

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tel. : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15

Dr A. ZAROURY  
Ophtalmologue  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tel. : 0522.25.71.71 (2G) - Fax : 0522.25.11.15

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)  
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : **NE 017972**

Casablanca, le: **3/12/2022**

Mme / Mr : **EL IDRISI AMIRI YOUSSEF**

Dr: **A. ZAROURY**

VL

OD : **+1.25**

VP-Add

OD : **+0.00**

OG : **+1.25**

OD : **+0.00**

Monture

OG : **+0.00**

P Etique  
1200

Verres

DH

DAKOUX OPTIC (AF)  
2800 DH

Total à payer: **4000** DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **4000**

Akram Daali  
Inpe :065032633

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123  
ICE: 002642590000069