

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.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0033153

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8298 Société : RAM 145243
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHATT YOUSSEF
 Date de naissance : 19/06/1968
 Adresse :
 Tél : 0660745665 Total des frais engagés : 5090,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/01/2023
 Nom et prénom du malade : CHATT YOUSSEF
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint
 Nature de la maladie : Diabète
 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 : 17/01/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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.

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

| 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 |
| 10-01 2023 | G | | 300 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 16/01/2023 | #4790,00# |

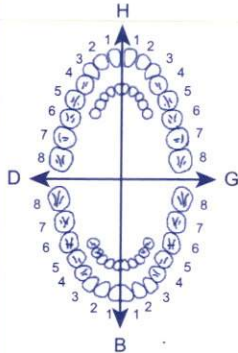
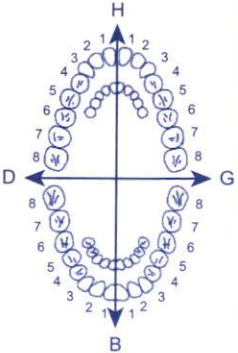
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 | |
|---|--|---------------------|-------------|--|
|  | | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> | | | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div> |
| | <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

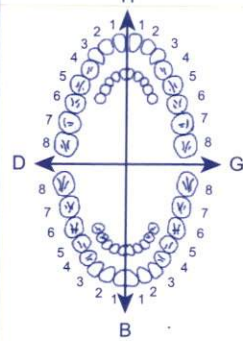
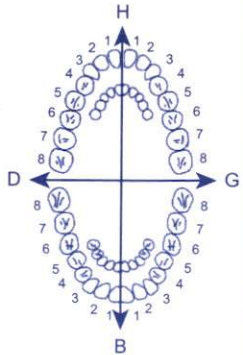
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div>D ————— G</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div>B</div></div> <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| | | | | | | 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

Docteur Chakib BAKKALI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée) - Gauthier
20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

Casablanca, le **10 Janvier 2023** في الدار البيضاء،

Mr. CHATT YOUSSEF

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.00

OG = + 1.00

VP :

ODG = Add : + 2.50

الدكتور شبيب بقاللي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

32. زقة طه حسين (ثليلي سابقا) - كوتي

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
N° 3 Rés Jacinth Rue Ahmed
El Kadmiri Oual Fleuri
Casablanca - RC : 529259
Tél : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Docteur Chakib BAKKALI
OPHTALMOLOGISTE
32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée)
Gauthier - Casablanca 20 060
Tél : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Information client

Date de la facture : 16/01/2023

Numéro de facture : 241

- Nom & Prénom : Chatt Youssef
- Téléphone : 0660745665
- E-mail :

Dernière réfraction

| # | Sphère | Cylindre | Axe | Addition |
|-------------|--------|----------|-----|----------|
| Oeil droit | +1.0 | | | +2.5 |
| Oeil gauche | +1.0 | | | +2.5 |

Liste des produits

| | Description | Quantité | Sous Total TTC |
|--|--|----------|----------------|
| Monture <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Métal | <ul style="list-style-type: none">• Monture | 1 | 1090.0 |
| Verre | <ul style="list-style-type: none">• / VERRE_ORGANIQUE• / PROGRESSIF• / 1.5• / ANTI_REFLET / FILTRE_LUMIERE_BLEU | 2 | 3700.0 |

| | | |
|--|------------------|---------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre mille sept cent quatre-vingt-dix Dirhams | Total HT | 3991.67 |
| | TVA (20%) | 798.33 |
| | Total TTC | 4790.0 |

OPTIQUE ET VISION CASABLANCA
N°3 Res Jacinth Rue Ahmed
El Kadmiri Q Val Fleuri
Casablanca RC: 529259
Tél: 0522231328

Optique et Vision Casablanca

Société à responsabilité limitée, Capital de 10 000 DH

SIEGE SOCIAL : LOCAL COMMERCIAL N°3 RUE AHMED EL KADMIRI QUARTIER VAL FLEURI RES JACINTH

QUARTIER MAARIF - CASABLANCA / Tél: 0522-23-13-28

IF : 50555531 | RC : 529259 | ICE: 003006247000058 | TP : 34702816 | INPE : 065037376