

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02943

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Benjelloun Zahra

Date de naissance :

10/02/1960

Adresse :

113 Rue El Fouad Maârif

Tél. : 0661425656

Total des frais engagés :

6500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ASRARGUIS Abdelennani  
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE  
Angle Bd. Bir Mazane, Rue de Libye  
4ème Etage N°46 Maârif Casablanca  
Tel. 0522 95 11 11

Date de consultation : 08/06/2023

Nom et prénom du malade : BENJELLOUN ZAHRA. Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

DR ASRARGUIS Abdelennani  
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE  
Angle Bd. Bir Mazane, Rue de Libye  
4ème Etage N°46 Maârif Casablanca  
Tel. 0522 95 11 11

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) :



**Déclaration de Maladie**

M22- 0051247

166026

## 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
08			300M	
16	C			
06				
2023	3			

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Sachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Bd Keds Inara II N°23 Ain Chock Casablanca	16/12/93			un oeil		600,-

## **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **AL HORRIA OPTIQUE**

**Ain Chock, Bd Al Qods,  
Inara 2 N° 23  
Casablanca**



بصريات الحرية

عين الشق، شارع القدس  
إنارة 2 رقم 23  
الدار البيضاء

Tél. : 05 22 21 52 03

ICE : 00177430000066 - IF : 51457135 - TP : 34048956 - CNSS : 4406973 - RC : 419894

F.

0005774

Docteur: ASBARGUI ABDELGHANI  
Mr.: ZAHRA BEN SELLOUN

## **Nomenclature :**

Montures :	VL .. <i>optique</i> ..	11.00,-
	VP ..	

Type de verres : oxygénifère préoxygénifère

#### \* VISION DE LOIN :

**OD:** Axe:  $85^{\circ}$  Cyl:  $0.50$  Sph:  $+5.00$  L.S.  $2500$   $-0.00$   
**OG:** Axe:  $85^{\circ}$  Cyl:  $0.50$  Sph:  $+5.00$  L.S.  $2500$   $-0.00$

#### \* VISION DE PRES :

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

**OG:** Axe : ..... Cyl : ..... Sph : .....

Add: - 34

OD : Axe : ..... Cyl : .....  
OG : Axe : ..... Cyl : .....  
Bd Kods Inara II  
N°23 Ain Chock  
Casablanca

Total : ..... Six Miller Dens Cent 18

Date: 16/6/83



## ORDONNANCE

Nom &amp; Prénom : \_\_\_\_\_

Casablanca, le : \_\_\_\_\_

Casablanca, le 8 juin 2023

Zahra BENJELLOUN

verres correcteurs

Vision de loin

OD +5.00 (-0.50 à 95°)

OG +5.75 (-0.50 à 85°)

Vision de près

add. +3.25 VP OD

add. +3.25 VP OG

Monture

verres progressifs amincis

PREScription NON MODIFIABLE ET NON RENOUVELABLE  
ATTENTION LA FORMULE DE PRÈS EST UNE ADDITION

Angle BD Bir Anzarane et rue de Libye  
4ème étage N°46 - Mâarif

05 22 95 11 11

agasrarguis@gmail.com



زاوية شارع بير انزاران و زنقة ليبيا الطابق 4

رقم 46 المعايف



05 22 95 11 11



agasrarguis@gmail.com