

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.

M23-0019432

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7258 Société : RAR
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : OUDGHIRI AYASSI
 Date de naissance : 21/10/69
 Adresse : N217 350 DAR Boumza
 Tél. : 661770030 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 30/08/2023
 Nom et prénom du malade : OUDGHIRI Youssef
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Aplastik
 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, 08/09/23 Le : / /
 Signature de l'adhérent(e) : 

8

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
30.8.86 20.9.86	S		60	Dr J. Z. Ophthal. Clinico-Patholog. Papillon de C. : 091740707

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CLAYOPTIC N°6,Cite Plateau Rue Larbi Daghm Casablanca	30/08/23					monture : 200 verres : 700

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



مختبر العيون
للدلار البيضاء

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



PT180124132056

Casablanca le :
30 août 2023

OUDGHIRI Youssef

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.50 (- 0.25 à 5°)

OG = - 0.25 (- 0.50 à 180°)

Dr J. ZAIDI
Ophtalmologiste
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél.: 0522.25.71.71 (SIC) - Fax: 0522.25.11.15
INPE: 05140186

CLAY OPTIC
N°6 Cite Plateau Rue
Moulay Dachni - Casablanca

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
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

CLAY OPTIC
6,Rue laarbi doghmi
cité plateau
Casablanca
0522257304

M. YOUSSEF OUDGHIRI

FACTURE CLIENT N° : F23/0202

Date : 30/08/2023

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **OUDGHIRI YOUSSEF**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur : DR zaim

ID :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: -0.50 Cyl: -0.25 Axe: 5°

VL G. Sph: -0.25 Cyl: -0.50 Axe: 180°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
ESSILOR 1.6	350.00					350.00
ESSILOR 1.6	350.00					350.00
EYEPETIZER IAN C1	2300.00					2300.00
TOTAL	3000.00					3000.00
NET A PAYER par l'assuré	3000.00					

Mentions légales

ICE 002753350000059

RC498201

TP34702381

CLAY OPTIC
N°6 Cité Plateau Rue
Laarbi Doghmi, Casablanca