

# 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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

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.

AS : 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0045104

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 35 Cours des Sports 07/01/38

Adresse : 20200 - CASABLANCA, HA

35 Cours des Sports

Tél. : 0662512154

Total des frais engagés : 4880,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/06/2020

Nom et prénom du malade : LAHLON Najata ep M. BIRKOU Age : 75 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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

Le : 10/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
10/06/2020	W F		300,90	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/06/2020	10/06/2020	80,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

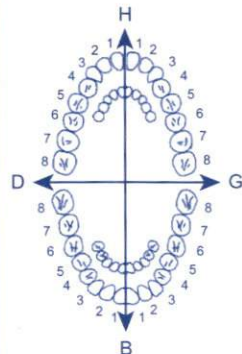
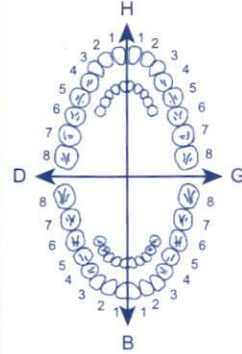
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EXTRA OPTIC Opticien Optométriste 115, Bd Ghandi Casablanca	11/06/2020			2	1	4.500,00 DH

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddine SERRHINI

Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris VI & XII  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris  
Angiographie - Laser - Phacémulsification  
Chirurgie vitréo-rétinienne

الدكتور عز الدين السرخيني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس  
طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le: 10/6/2020

LAZOU N. B. Khan Najatte

- PRESCRIPTION DE LUNETTES (progressif)

EXTRA OPTIC  
Opticien Optométriste  
115, Bd Chantal - Casablanca

Vision de loin

O.D: +1.75 (-0.75 @ 40°)  
O.G: +1.75 (-0.75 @ 60°)

Vision de près

O.D: add + 3  
O.G: add + 3

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE  
DR. SERRHINI Azzeddine  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maarif - CASABLANCA  
Tél: 022.23.13.23 - Fax: 022.23.44.33

3890

2080x2

T=8050

Tél.: 05.22.23.13.23 - Tél/Fax.: 022.99.44.33. الدار البيضاء - المعاريف - المعاريف

GSM : ..... - 110, Rue abou Abdellah Nafii - Maarif - Casablanca



FRAKIDEX  
Pom. Ophta. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

FRAKIDEX  
Pom. Ophta. 5 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 20,80 DH  
ADSP n° 02 DMP/21/NCI



## Facture



**Facture N° : 226**  
**Date : 2020-06-11**  
**Client : LAHLOU**  
**NAJATTE EP**  
**MBIRKOU**

**SOCIETE EXTRA**  
**OPTIC**  
 115, Bd Ghandi  
 Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+1.75	-0.75	40	+3.00
VLVPG	+1.75	-0.75	60	+3.00

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	NIKON PROGRESSIF CLASSIC PRESIO I ORG 1.5 HCC	1	1450.00	1450.00
2	NIKON PROGRESSIF CLASSIC PRESIO I ORG 1.5 HCC	1	1450.00	1450.00
3	OPTIQUE	1	1600.00	1600.00

TVA	20%	Total TVA	750.00
Total HT	3750.00	Net à payer	4500.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

quatre mille cinq cents Dirhams

SOCIETE EXTRA OPTIC - 115, Bd Ghandi - 0522 233348 / 0680797471 - extraoptic@gmail.com  
 IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

**EXTRA OPTIC**  
 Opticien Optométriste  
 115, Bd Ghandi - Casablanca