

# 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 caractére 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

48 694

## Déclaration de Maladie : N° P19-0017725

 Maladie Dentaire Optique Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : MOULAY HAFID

Date de naissance :

13/03/53Adresse : 2 BIS Rue MATHAF

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2020Nom et prénom du malade : MOULAY HAFID

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : OujdaLe : 19/11/2020Signature de l'adhérent(e) : DR

#### **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                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 29/10<br>2022   | S                 |                       | 300,-                           | Docteur ZAIM<br>Ophtalmologiste<br>QUE DE CASABLANCA<br>Casablanca OAS<br>17/12/2022 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                      |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ABOO DU                                | 28/10/2012 | <br>Optique Msaad<br>Opticien Optométriste<br>Lentille de Contacte<br>Bd Alija' AT FASSI, Bloc: 26 N°. App. 3<br>06.61.79.01.96 - OUIJOA |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                                                                                                     | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| <b>PHARMACIE CHU</b><br>AL IRFANE<br><b>Dr. MAAROUFI Nouria</b><br>14, Bd. Jalloul Med Hay Saada<br>Tél: 05 34 83 22 20 - Oujda<br>ICE : 00161931700000 | 20/10/20 |                              | 148,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

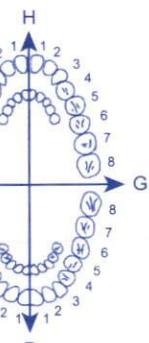
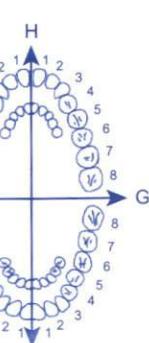
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **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

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                            | Nature des Soins          | Coefficient |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------|-------------|-------------------------|
|   |                                           |                           |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                      |                                           |                           |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                      |                                           |                           |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                      |                                           |                           |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                         | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |                           |             |                         |
|  | H<br>25533412<br>00000000                 | G<br>21433552<br>00000000 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                      | D<br>00000000<br>35533411                 | B<br>00000000<br>11433553 |             | 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'EXECUTION



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



61851

Casablanca le : .....

**20 octobre 2020**

**OULAL Halima**

14800

CATIONORM



1 goutte 4 à 6 gouttes par jour, dans les deux yeux, pendant 6  
Mois

**PHARMACIE CHU**  
Dr. AL IRFANE  
14, Bd. MAAROUF Noureddine  
Tél. 05 24 53 22 20 - Oujda  
ICE : 00169337000000

**PPC 148,00 DH**

LOT SW160  
2020-02  
2023-02

*Docteur  
I. ZAIM  
Ophtalmologiste*

**Urgence 24/24**



# FACTURE

# Optique Msaad

Opticien Optométriste  
Lentille de Contacte

Bd Allal Al Fassi, Bloc 26 N° App 3 - OUJDA

Tél: 06.61.79.01.96 ☎ 06.37.61.63.60

RC : 21147 - PATENTE: 11142110

ICE: 000058036000063

I.F : 40290488 - CNSS: 8007181

N° 00186

HALIMA

Date: 28/10/2020

Monsieur (Mme): OULAL

| DESIGNATION     |             |          | QTE     | P.U        | TOTAL |
|-----------------|-------------|----------|---------|------------|-------|
| CYL             | AXE         | SPH      |         |            |       |
| VL:{ OD:<br>OG: | -06<br>-075 | 75<br>90 | -1<br>1 | 500<br>500 | 1000  |
| VP:{ OD:<br>OG: |             |          |         |            |       |
| ADD:            |             |          |         |            |       |

|                                                                                                                                                      |                              |                               |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <i>Optique Msaad</i><br>Opticien Optométriste<br>Lentille de Contacte<br>Bd Allal Al Fassi, Bloc 26 N° App 3<br>Tél: 06.61.79.01.96 ☎ 06.37.61.63.60 |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> PROGRESSIF <input type="checkbox"/> DOUBLE FOYER<br><input type="checkbox"/> UNIFOCAL                                       |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> MINERAL <input type="checkbox"/> ORGANIQUE <input type="checkbox"/> POLYCARBONATE                                           |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> PHOTOGRAY <input type="checkbox"/> ANTIREFLET <input type="checkbox"/> ANTI BLEU                                            |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 1,5                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1,6 | <input type="checkbox"/> 1,67 | <input type="checkbox"/> 1,74 |
| <input type="checkbox"/> 1,7                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 1,8 | <input type="checkbox"/> 1,9  |                               |
| MONTEUR OPTIQUE                                                                                                                                      |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> METAL                                                                                                                       |                              |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> PLASTIQUE                                                                                                                   |                              |                               |                               |

|       |     |      |
|-------|-----|------|
| 1     | 800 | 800  |
| TOTAL |     | 1800 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

*1800 dir. et*

*Dm*



Casablanca le : 20.10.2020

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de .....

M. .... OULALI Halima .....

La somme de : Trois cent Dhs  
300.00Dhs

Pour : Consultation.

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA  
13, Rue des Papillons Oasis  
Casablanca 25717  
Tél. 0522.25.71.71  
Fax : 0522.25.11.15

Cachet et signature  
J. Z. Z.  
Ophtalmologue

**Urgence 24/24**



61851

Casablanca le : .....

**20 octobre 2020**

**OULAL Halima**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

VL :

OD = - 0.50 (- 0.50 à 75°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 90°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

Docteur  
J. ZAIM  
Ophthalmologiste  
Optique Msaad  
Opticien Optométriste  
Lentille de Contact  
Bd Alai Al Fassi, Bloc 28<sup>e</sup>, App 3  
06.61.79.01.96 - OUJDA

**Urgence 24/24**