

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 rééducation.
- 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 canaux, 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 canaux.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O 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



Déclaration de Maladie

N° W19-492352

ANPL

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2296 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLOU RACHID
 Date de naissance : 01-01-56
 Adresse : LOT LA COUINE N°10 CALFORNIE
 CASA
 Tél : 0661159849 Total des frais engagés : 3447 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 09/03/2020

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
23 JAN 2020	C.S.F.P.		300,00	INP: 091166424

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

23/01/2020

147 a ml

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

M

+

V

300000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

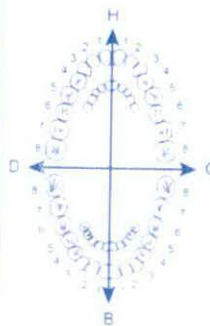
Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP: 091166424



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 01433553 00000000 G 00000000 00000000 35533411 11433553 B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

**CENTRE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,
chirurgie réfractive et Lasers de
l'université Victor Segalen de Bordeaux
Diplôme de surface oculaire
de l'université François Rabelais, Tours
Chirurgie des voies lacrymales
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون
(القدس كاليفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

اختصاصية في الأمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلالة و البؤر
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو
العدسات الصلبة واللينة
جراحة مجاري الدمع
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le jeudi 23 janvier 2020

PHARMACIE ARIJ
SARLAU
Route 1023 Oued Saïd - Casablanca
Tel : 05 22 21 90 07 / 361 421

Monsieur LAHLOU Rachid



- THEALOSE , collyre : 1 goutte 4 fois par jour :
dans les 2 yeux
A renouveler

- Une monture avec des verres progressifs :
OEIL DROIT : + 0,75 Add 2,50
OEIL GAUCHE : + 1,25 Add 2,50

Monture de grande taille
Verres organiques anti-reflets
Respectez le centrage svp

ADEN OPTIQUE SARLAU
OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE
0521 Beyrouth Lot N°8 Ras El Sabab - 4 rue
Abou Hagg Casablanca Tel. 0522 362 905



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2^{ème} étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search, Google Maps et Google Plus



Mr Rachid LAHLOU

FACTURE N° : F104131

Date : 08/02/2020

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
2	VER	Verres progressifs antireflet	1250.00		2500.00	20.0
1	VER	Monture optique	500.00		500.00	20.0

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Add: +2.50

VL G. Sph: +1.25 Add: +2.50

VP D. Sph: +3.25

VP G. Sph: +3.75

Paielements

Acomptes	3000.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	3000.00
Solde :	0.00

Totaux

Total hors TVA :	2500.00 Dh
Montant TVA :	500.00 Dh
Total TTC :	3000.00 Dh

ADEN OPTIQUE SARL
OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE
Lot El Beyrouni Lot N8 Rés El Fatma A Rue
Abou Waqt Casablanca Tél. 0522 362 905

ADEN OPTIQUE VOUS REMERCIE POUR VOTRE VISITE