

## 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

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)

N° W19-459754

58891

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)  |                                       |   |                                 |
| Matricule :  | 10339                                 | Société :                                   | DRAM                            |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom : LA YARACHLI - MOHAMMED  |                                       |   |                                 |
| Date de naissance : 10-03-1961   |                                       |   |                                 |
| Adresse : Rue Abderraouf Ben Essahraoui<br>EMMENBLE 20 N° 05 LAYALI II - Berrechid   |                                       |   |                                 |
| Tél. : 0671 134475 Total des frais engagés : 14350 Dhs   |                                       |   |                                 |
| Cadre réservé au Médecin   |                                       |   |                                 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR. BAKRIM Mohamed</b><br/> <b>OPHTALMOLOGUE</b><br/>         Maladies et Chirurgie des Yeux<br/>         Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura<br/>         Oulfa - CASABLANCA<br/>         05 22 91 42 6       </div> |                                       |   |                                 |
| Cachet du médecin :  |                                       |   |                                 |
| Date de consultation : 01/02/2021  |                                       |   |                                 |
| Nom et prénom du malade : LA YARACHLI MOHAMMED Age: 60   |                                       |   |                                 |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |                                       |   |                                 |
| Nature de la maladie : Dioptrie de refraction  |                                       |   |                                 |
| 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) :

Le : 04/02/2021

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 01/02/2021      | C                 |                       | 75000                           | INP : 0151117736<br>Dr. BAKRIM Mohamed<br>OPHTALMOLOGUE<br>Maladies et Chirurgie des Yeux<br>Boulevard Charles, 323 Bd. Quad Daoura<br>Casablanca |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                    |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
| Dr. BAKRIM Mohamed                 | 01/02/2021     |        |     |     |     | 11000                           |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |
|                                    |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :  |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
|                 |                |                  |             | INP : <input type="text"/>                   |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| H        | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed BAKRIM

\* Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

\* Traitement par laser

\* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

\* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

\* Membre de l'American Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريمة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة قصر البصر : العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حول البصر

عضو فعال في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون

Casablanca, le 06/02/2021 الدار البيضاء في

LAQRACHLI MOHAMMED

VL 00 G = +0,25 my

VTAR, organiques, progressifs +  
Mentale.

VP add 00 G + 2,75 my.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ptique Aigle Vision  
OPTICIEN  
Boulevard Oued N 49 Oulfa  
Bab Ezzouar - Casablanca  
Tel. 05 22 91 42 65

Dr. BAKRIM Mohamed

OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura

CASABLANCA

14267

ساحة الشهدية 323 شارع واد الدورة الألفة - الدار البيضاء - العيادة: 05 22 91 42 65  
Place Chahdia, 323 Bd Oued daoura- Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

# OPTIQUE AIGLE VISION

OPTICIEN

LAQRACHLI Mohammed

CASABLANCA Le : 4/12/2021

FACTURE N°: 0016 2021

| Désignations  | P.U   | PRIX TOTAL |
|---|-------|------------|
| Monture optique<br>lunettes Progressifs sur lunettes Anti<br>Reflet Essilor Prevenzia<br>ob 6 : +0,25<br>Add : +2,25 ob 6 |       | 800,-      |
|   |       | 3300,-     |
|   |       |            |
|   | TOTAL | 4100,-     |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille cent dinars

Optique Aigle Vision  
OPTICIEN  
N° Rue 136 N° 49 Oulfa  
Casablanca B.C. 12783  
Tél. 0522.93.22.99

Siège social : Rue 136 N° 49 GR" N" Oulfa - Casablanca -Tél /Fax : 0522.93.22.99

Patente : 36060760 - IF : 2223388 - CNSS : 155765774 - RC : 121783 ICE : 000037852000086