

## S'INSCRIRE ET ÉVITER 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.

L'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.

### Education :

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 :

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

Reclamation : 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 personnelles.

S : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Matricule : 14.11 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Mr ZRAOULI Mohamed

Date de naissance : 1-1-49

Adresse : 5 rue Amir AbdElKader Ville nouvelle SAFI

Tél. : 0661328375 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin Dr. Abdelaziz CHNANI

**Ophtalmologiste**  
14 Av. Kennedy Imm. An-nour 1er Etage  
SAFI - Tel/Fax: 0524.62.00.20

Date de consultation : 28 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : ZRAOULI MHAMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

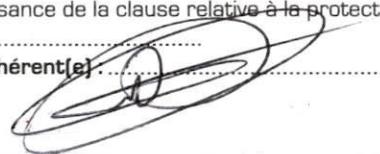
Nature de la maladie : OPHTALMO

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17/03/2021

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-059096

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

#### **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
28 JUIN 2021	C	250DH		Dr. Abdelaziz CHNANI Ophtalmologiste 14 Av. Kennedy Imm. Al-nour 1er Etage SAFI - Tél/Fax: 0524.62.00.20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza 1, Angle Yacoub El Mansour et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammed VI Tél: 05.23.30.47.13	20/07/2021					# 10.000,00

## VOLET ADHERENT

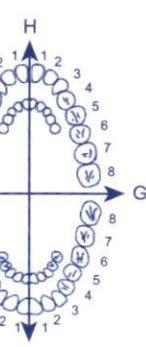
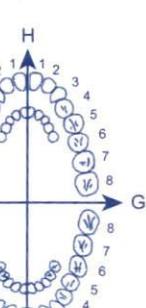
aeoeao

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien est prié de présen-

### **Important:**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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'É

# Dr. Abdelaziz CHNANI

Ophthalmologiste



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgies des glaucomes - strabismes - paupières - voies lacrymales

Lentilles de contact

Angiographie numérisée - Laser - OCT

Echographie

Membre de l'Association Française d'Ophthalmologie

Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux

الدكتور عبد العزيز الشناني  
اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب وجراحة المياه الزرقاء - الحول

العدسات الاصفحة

تصوير أوعية الشبكية - الليزر

الفحص بالصدى

عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب خبير محلل لدى المحاكم

28/06/2021

Safi le : ..... أسفى في :

MR ZRAOULI Mhamed

MONTURE + VERRES DE LUNETTES :

PROGRESSIFS ORGANIQUES PHOTOCROMIQUES

ET ANTIREFLETS

Oeil Droit : +3,25 (-1,00) à 145°, Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 3,25 , Addition + 2,75

Dr. Abdelaziz CHNANI  
Ophthalmologiste

14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage  
SAFI - Tel/Fax 0524.62.00.20

~~OPTICAL AUDITION~~  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachfine N°1 Mohammedia  
Tél: 05.23.30.47.13

0524.62.00.20 شارع كينيدي عمارة النور الطابق الأول (بجانب فندق عبدة). - أسفى - الهاتف / الفاكس :

14 Av. Kennedy Imm. AN-NOUR 1er Etage (à côté Hôtel Abda ) - SAFI - Tél / Fax : 0524.62.00.20

# OPTICAL AUDITION

Client: Mr ZRAOULI MHAMED

N° Facture: FZM68432109231210

Date: 20/07/2021

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	4000.00
VERRE OD ORG PRG AR: +3.25(-1.00 à 145°) / ADD: +2.75	1	3000.00
VERRE OG ORG PRG AR: +3.25 / ADD: +2.75	1	3000.00
HT		8333.33
TVA 20.00%		1666.67
TTC		10000.00

OPTICAL AUDITION  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1, Angle Yaacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachfine N°1-Mohammedia  
Tél:05.23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: DIX MILLES DIRHAMS