

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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.

## Maladie :

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

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.

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° P19- 059647

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630

Société : RAD

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAM IN 80 APPT 1 RUE OULFA  
CASA

Tél. : 06 70 98 62 00 Total des frais engagés : 3600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MECHICHE Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél : 05 22 94 32 68/88

Date de consultation : 06/09/2021

Nom et prénom du malade : HAJIL Mohamed Age : 77 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : CASA

Le : 06/09/2021

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
16 SEP. 2021	C + P + O		300 DH	Dr. MECHICHE Elmi Ophtalmologiste 237, Bd. Zerktouni - Casablanca Tél.: 05 22 94 32 68/88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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
		A M	P C	I M	I V	
Optique Agh Vision OPTIC N 49 Oulfa Boulevard 29 - R.C. Tel. 05 22 93 12 783	9/9/21					3300,00\$

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>				DEBUT D'EXECUTION																					
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Anissa Mechiche-Alami**

Ophtalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni

Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage

Casablanca

Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

الدكتورة أنيسة أمشيش العلمي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبوليي

237، شارع الزركطوني

إقامة الخير، الطابق الثاني

الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

06 SEP. 2021

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

HASIL Mohamed

- Lunette pour VL Recherche

OD = (90° - 0,50)

OH = (60° - 2,50)

- Lunette pour VL

add + 3 OD

Optique Alge Vision  
OPTICIEN  
N° Rue 136 N 49 Oulfa  
Casablanca R.C. 12783  
Tél. 05.22.93.22.03

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05.22.94.32.68/88

# OPTIQUE AIGLE VISION

## OPTICIEN

HAJIL Mohamed

CASABLANCA Le : 9/9/2021

**FACTURE N° :** 02492021

Désignations	P,U	PRIX TOTAL
Monture optique		800.-
Verres Progressifs organique Anti Reflet		2500.-
od: (90° - 0,50)		
oc: (60° - 2,50)		
Add: +3,00 oc		
	TOTAL	3300.-

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille trois cent de

Optique Aigle Vision  
OPTICIEN  
N° Rue 136 N° 49 Oulfa  
Casablanca / R.C. 12783  
Tél. 0522 93 22 77

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 : 000037852000085