

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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhession@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.

N° W21-697049

11.5001

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2296	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RACHID
Nom & Prénom : ZAHLOU RACHID			
Date de naissance : 01/01/56			
Adresse : LOT LA COLLINE II 2A 10 CALIFORNIE CASABLANCA			
Tél. :	0661159849	Total des frais engagés : 14700 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	13 MAI 2022
Date de consultation :	2 Novembre
Nom et prénom du malade :	ZAHLOU RACHID
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Collection optique
Age :	66 ANS
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : CLASA

Le : 30/05/22

Signature de l'adhérent(e) :



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 INP : 091157040 21/03/22 CS C

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
21/03/22					47000DH.	

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 : [REDACTED]
				</td



ORDONNANCE

21 mars 2022

Mr. LAHLOU Rachid

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets multi-couches

VL : OD = + 0.50 (- 0.50 à 150°)

OG = + 0.75

VP : ODG = Add : + 2.75

~~Optic LIBERTY VISION~~
~~Opticien Optométriste~~
~~107, Bd Bir Anzaâzat El Bd Raphaël~~
~~Rés. Alyamana Casablanca~~
~~Fax: 052251626 Email: libertyvision@live.com~~

~~Dr. Lahoua ZAFAR~~
~~Ophtalmologue~~
~~532, Bd Panoramique - Casablanca~~
~~Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)~~
~~Fax: 05 22 25 00 01~~

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107,Bd Biranzarane (Ex-Rapheil) Tél : 05 22 25 16 26
· Mārif Casablanca
Patente N°: 35800120 № 0035415

إقامة اليمامة
107، شارع بيرانزاران
المعاريف الدار البيضاء
البيانات : 35800120

Docteur : LAHCEU ZAFAD
Mr. : LAHLOU RACHID

PATENT N°: 35800120
RCN°: 424508
CNSS N°: 513327
ICP: 00180777000004

Nomenclature :

Montures	VL :	optique	700,00
	VP :		
Type de Verres	progressif Optique PLA 1.56		

VISION DE LOIN :

OD : Axe : ...	Cyl : -0,00	Sph : +0,50	9.000,00
OG : Axe : —	Cyl : —	Sph : +0,75	9.000,00

VISION DE PRES :

OD : Axe : ...	Cyl : —	Sph : —	
OG : Axe : ...	Cyl : —	Sph : —	
	Add : +2,75		

TOTAL : *Quatre Mille Sept cent Dh.* = **4700,00DH**
Le : *30/04/03*