

## 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 : 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>11448</b>	Société : <b>RAM</b>	<input type="checkbox"/> Autre :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>KHYAR KAMAL</b>		
Date de naissance : <b>11-09-76</b>		
Adresse : <b>DAR BOUAAZZA</b>		
Tél. : <b>9935</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Dr. Ilyas CHAFIK OPHTHALMOLOGISTE Lettre de Prescription N° 6		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	<b>09/06/2022</b>	
Nom et prénom du malade :	<b>KHYAR KAMAL</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>amblyopathie</b>	
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 : **NSR**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **29/06/2022**



AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
PIQUE LE BEAU COIN Opticien Optométriste Bd. Moudibou Keita bloc J N°70 GSM: 06 22 25 92 - Casa	18/06 222					216.000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>								
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b> <input type="text"/> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552												
00000000	00000000												
00000000	00000000												
35533411	11433553												
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

# Optique Le Beau Coin



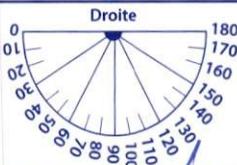
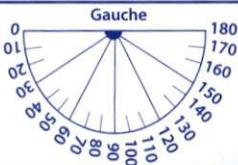
OPTIQUE LE BEAU COIN  
Opticien - Optométriste  
Bd. Moudibouketa bloc J N°70  
GSM: 06.25.27.25.92 Casa

**FACTURE N° 0001501**

Casablanca, le:

18/06/2022

M : KHAYAL KAMAL



	Gauche	Droite
Loin	Sphère +0.75	Sphère +0.50
	Cylindre -0.50	Cylindre -0.75
	Axe 80	Axe 85
Prés	Sphère ADD +1.75	Sphère ADD +1.75
	Cylindre	Cylindre
	Axe	Axe

Monture :	87	52	100
Verres :	Progressif incassable	1100	1100
Oya	é Tant réflect		

Total :	4600,-
Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :	

Pointe mille sept  
OPTIQUE LE BEAU COIN  
Opticien - Optométriste  
Bd. Moudibouketa bloc J N°70  
GSM: 06.25.27.25.92 Casa

Bd Moudibouketa, Bloc «j» N° 70 - Casablanca GSM: 06.25.27.25.92

Patente : 36612797 - I.F : 5079972M R.C : 335648

ICE : 00179006000087

# Dr Ilyas CHAFIK

Spécialiste en Ophtalmologie

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplômé de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO)
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie (SFO)
- Membre de la Société Européenne de Chirurgie réfractive et de Cataracte (ESCRS)



الدكتور إيلIAS شفيفيC

أخصائي في طب و جراحة العيون

• خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

• خريج جامعة بريطانيا الغربية

• عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

• عضو بالجمعية الأوروبية لجراحة

المياه البيضاء و تصحيح النظر

Casablanca, le 09 juin 2022

Mr. KHYAR Kamal

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 0.75 (- 0.50 à 80°)

OG = + 0.50 (- 0.75 à 85°)

VP : ODG = Add : + 1.75

OPTIQUE LE BEAU COIN  
Opticien Optométriste  
Bd. Moudibou Keita bloc J N°70  
GSM : 06 25 27 25 92 - Casa

Dr. Ilyas CHAFIK  
OPHTHALMOLOGISTE  
Lot. 2, Résidence Yasmine 10 Madinat ERRAHMA  
Appt. N°6, 2ème étage, lotissement 51, Résidence Yasmine 10 Madinat ERRAHMA  
Tél: 0522 013 543  
Fax: 0522 013 543

Appt N°6, 2ème étage, lotissement 51, Résidence Yasmine 10 Madinat ERRAHMA

CASABLANCA - ICE : 002243410000065 - INPE : 091236760

Tél : 05 22 013 543 - GSM : 07 01 13 15 11 - E-mail : ilyaschafik@gmail.com

