

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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

M22- 0008621

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8407 Société : 131640

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KAROUACHE DRISS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : 3600,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2022

Nom et prénom du malade : KAROUACHE DRISS Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : affection de la peau

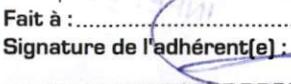
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

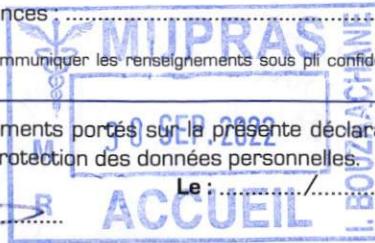
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et C coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
24 08 2022	24 3	5	200 Dhs	 Dr. MOHAMED AGRAR GUISS SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIEN DES NEUFS Tél.: 05 22 27 44 88 05 22 49 12 91

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

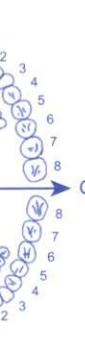
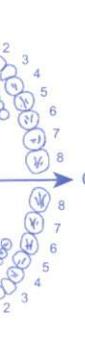
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIC DE PARIS MME BENOMAR SAIDA INPE: 095012464	28/10/2022					OPTIC DE PARIS MME BENOMAR SAIDA INPE: 095012464 34.000 Dhs

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur ASRARGUIS Mohamed

الدكتور أسرارجيسيس محمد

Ophtalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O.  
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie Vitreo-rétinienne



Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification  
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R

اختصاصي في امراض و جراحة العيون

خريج جامعة باريز

جراحة وأمراض الشبكة

جراحة الجلالة بالفاكتور

طب العول - راديو الشبكة -أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

خبير معلم لدى المحاكم

24/08/2022

## Monsieur KAROUACHE Driss

Deux paires de LUNETTES :  
+ montures

DE LOIN Organiques

Oeil Droit : -1,00 (-0,75) à 80°

Oeil Gauche : +1,00 (-0,75) à 85°

DE PRES Organiques

Oeil Droit : +4,25 (-0,75) à 80°

Oeil Gauche : +4,25 (-0,75) à 85°



شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل ورقة المدارس) - الهاتف 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88  
19. Avenue Hassan II - 3ème étage - casablanca ( face librairie des écoles - tél : 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88

E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr

## Facture

	<b>Facture N° :</b> 1426 <b>Date :</b> 2022-09-28 <b>Client :</b> KAROUACHE DRISS	<b>SOCIETE OPTIC DE PARIS</b> 49,bd okba ben nafia hay mohammadi Tel: 0702082737
--	---	--

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+1.0	-0.75	80	+3.25
VLG	+1.00	-0.75	85	+3.25
VPD	4.25	-0.75	80	
VPG	4.25	-0.75	85	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIGUE ANTEREFLET	1	600.00	600.00
2	ORGANIGUE ANTEREFLET	1	600.00	600.00
3	ORGANIGUE ANTEREFLET	1	600.00	600.00
4	ORGANIQUE ANTIREFLIT	1	600.00	600.00
5	MONTURE OPTIQUE	1	500.00	500.00
6	MONTURE OPTIQUE	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	566.67
Total HT	2833.33	Net à payer	3400.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille quatre cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE OPTIC DE PARIS – 49,bd okba ben nafia hay mohammadi – 0702082737 – optiquedeparis2@pubwebo.com  
 IF: 114410 - ICE: 000031787000007 - RC:275703 - TP:35546893- INPE:095012464

*OPTIC DE PARIS*  
*MME BENOMAR SAIDA*  
*INPE: 095012464*