

## 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061661

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9185 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Jamila Elaurfi

Date de naissance : 31/07/1985

Adresse :

Tél. : 0650627822 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : MME EL AOURFI JAMILA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : REFRACTION

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) :

## 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

28/11/2022		CS	300,000	
------------	--	----	---------	--

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Honoraires
--	------	------------------------

## 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
		AM	PC	IM	IV	

	30-11-22	Equipement optique				1500,000
--	----------	--------------------	--	--	--	----------

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

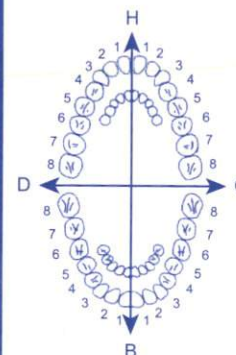
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

### 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		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

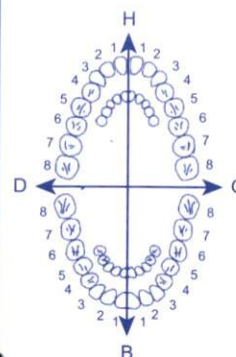
**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahman LAAYOUNI

Spécialiste des Maladies Et Chirurgie Des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ex. Enseignant du C.H.U. Ibn Rochd - Casablanca

Ancien Médecin à l'hôpital 20 Août

Agrée pour permis de conduire

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتور عبد الرحمان لعيوني

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - ليزر - أنجيوجرافي

خريج جامعة منبويلي

أستاذ مساعد سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب سابقا بمستشفى 20 غشت

رخص السياقة

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون



LASER - ANGIOGRAPHIE - STRABOLOGIE

Casablanca, le 28/11/2022 الدار البيضاء, في

Mme EL AOURFI Jamila

*[Signature]*

*[Signature]*  
anti U.V

*[Signature]*

$$RD = (177^A - 175) - 5,25$$

$$RL = (170^A - 2) - 4,75$$

Dr. LAAYOUNI ABDERRAHMAN  
MALADIES ET CHIRURGIE  
DES YEUX  
AGRÉE POUR PERMIS DE CONDUIRE  
8, Bd. Yacoub EL Mansour - CASA  
Tél: 0522 98 10 28 / 0522 98 14 85

JURA OPTIQUE  
30 Rue Oussama Ibnou Zaïd  
Maârif - Casablanca  
Tél 022.25.21.33 Fax 022.23.08.66

8 شارع يعقوب المنصور - الطابق الثالث - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

8, Bd. Yacoub EL Mansour - 3<sup>ème</sup> Etage - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 98 10 28 / 05 22 98 14 85

30,RUE OUSSAMA IBNOUZAIID  
EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASA  
Tél : 0522.25.21.33

FACTURE N° : **269/2022**

CLIENT : **EL AOURFI EP CHINAN JAMILA**

DATE FACTURE : **30/11/2022**

DESIGNATION		PRIX TTC
Montures :	<u>1</u> <b>Optique</b>	500,00 DH
Verres :	<u>OG1</u> <b>Organique aminci anti-reflet anti uv</b>	500,00 DH
	<u>OD1</u> <b>Organique aminci anti-reflet anti uv</b>	500,00 DH
Nomenclatures :	OD : <b>-5.25 ( -1.75 à 177° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00</b>	
	OG : <b>-4.75 ( -2.00 à 170° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00</b>	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

**Total TTC : 1 500,00 DH**

**Total HT : 1 250,00 DH**

**TVA 20% : 250,00 DH**

<b>Frais de Timbres :</b>	<b>3,75 DH</b>
---------------------------	----------------

**Montant Total Payé : 1 503,75 DH**

**JURA OPTIQUE**  
30 Rue Oussama Ibnou Zaid  
Maârif - Casablanca  
Tél 022.25.21 33-Fax 022.23.08.66

Code INPE



R.C:349856 IF:40718900 Pte:35725204 ICE:001664295000061  
Adresse: 30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASABLANCA  
Tél : 0522.25.21.33 FAX : 0522 23 08 66