

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 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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0059559

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1632 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LACHGAR LARBI
Date de naissance : 30/06/1948
Adresse : 29, Bd BIR ANZARANE AZUR CABA
Tél. : 0673295096 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/07/2023
Nom et prénom du malade : ZAHID ZAHRA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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) :

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
24	C		3000M	
07	3			
203				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/2023	selon facture optique #3700,00M

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[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 Abdelghani Asrarguis

15 Ophtalmologiste

Angle Bd Anzarane Et Rue De Libye

4 Ème Étage N°46 - Maarif

20450 CASABLANCA

Tél. 0522951111

2 33 2 123456 1 2 3 4 - RPPS 123456789

Casablanca, le 24 juillet 2023

Zahra ZAHID EP LACHGAR

verres correcteurs

Vision de loin

OD +0.25 (-1.50 à 80°)

OG +0.25 (-1.50 à 95°)

Vision de près

add. +3.25 VP OD

add. +3.25 VP OG

Monture

verres progressifs

PRESCRIPTION NON MODIFIABLE ET NON RENOUELABLE

COINS DE VUE sarl
Zineb EL HESSNI - Opticienne Optométriste
170, Res. Aicha Rue d'Anzarane Casablanca
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél : Fax : 05 22 66 25 19

Dr. ASRARGUIS Abdelghani
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGUE
Angle Bd. Bir Anzarane, Rue de Libye
4ème Étage N°46 - Maarif - Casablanca
Tél: 0522 95 11 11

La puissance de vos verres correcteurs a été établie par votre ophtalmologiste qui en prend la responsabilité. Il est vivement conseillé que la réalisation de vos lunettes soit faite par un opticien diplômé. Cette réalisation comporte le conseil pour le choix de la monture, les prises de mesures précises nécessaires au montage (la mesure de l'écart pupillaire ne suffit pas), le montage des verres, et l'adaptation des lunettes lors de leur livraison.

Membre d'une association de gestion agréée - Le règlement des honoraires par chèque ou carte de crédit est accepté

FACTURE N° : **99/2023**

CLIENT : **ZAHID EPLACHGAR ZAHRA**

DATE FACTURE : **08/08/2023**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : <u>1</u> OPTIQUE	1 000,00 DH
Verres : <u>OG1</u> PROGRESSIF NIKON ORGANIQUE 1.5 ANTIREFLET	1 350,00 DH
<u>OD1</u> PROGRESSIF NIKON ORGANIQUE 1.5 ANTIREFLET	1 350,00 DH
Nomenclatures : OD : +0.25 (-1.50 à 80°) , Add = +3.25 OG : +0.25 (-1.50 à 95°) , Add = +3.25	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

TROIS MILLE SEPT CENTS DIRHAMS

Total TTC : 3 700,00 DH

Total HT : 3 083,33 DH

TVA 20% : 616,67 DH

Frais de Timbres : 0,00 DH

Montant Total Payé : 3 700,00 DH

COINS DE VUE sarl
Zineb EL HESSNI - Opticienne Optométriste
170, RES AICHA RUE ABOU ELKACEM EZZAHRAOUI
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax: 05 22 86 25 19



095005443

R.C: 173053 IF: 1107270 Pte: 36339644 CNSS: 7637674 ICE: 000001741000038 INPE: 095005443
Adresse: 170, RES AICHA RUE ABOU ELKACEM EZZAHRAOUI (EX MATERNITE) Q.DES HOPITAUX CASABLANCA
Email: coinsdevue@yahoo.fr Tel/Fax: 0522.86.25.19