

# 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.

187543

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3354 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JALAL ABD EL HAKIM

Date de naissance : 01/10/1960

Adresse : Bouchechouf, rue 59 n° 59 Casa / MAROC

Tél. : 0608158914 Total des frais engagés : 3000 + 3000 dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/10/2023

Nom et prénom du malade : YOUSFI ZAKIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : Casablanca Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Yousfi Zakia

# 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
25/09/23	CS		3000DH	Dr RAID Souleymane Ophthalmo-odontologique Anglo-Marocain Casablanca 61960511

## 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 Cœfficients	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	
OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE Fond Point Farah Salam, Lot 14 Azhar, Sidi FB 5, Bat. 1, Mag 4 - Casablanca Fix : 0522.68.11.79	11				3000	
LAKLALECH Zakaryaa INPE: 095029609	12					
	13					

# 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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
				<input type="text"/>	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	<input type="text"/>	
	B 00000000 11433553			<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS					
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
DATE DU DEVIS					
DATE DE L'EXECUTION					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 004248

Casablanca le : 11/12/2023

Mme/Mr : YOUSFI ZAKIA

Dr : .....

VL

OD : +1.50 (-1.25 +9)

OG : +0.75 (-1.00 +115)

Monture

optique  
1000 DH

VP-Add

OD : +2.25

OG : +2.25

Verres

Argon Blue AR  
6000 DH

Total à payer: 3000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille DH

LZ OPTICAL

OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,  
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Fix : 05.22.69.11.79

Cachet et signature

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

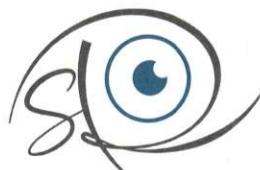
Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

RC n° : 516327 - Patente : 36002555 - IF : 47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609

Dr. SOUMAYA RAID

OPHTHALMOLOGUE  
Adultes et Enfants

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



د. سمية رايد

أخصائية في طب و جراحة العيون  
للكبار و الصغار  
خريجة كلية الطب  
و الصيدلة بالدار البيضاء

## ORDONNANCE

Casablanca le

٢٥/٥/٢٣

Mme YOUSFI Zakia

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 1.50 (- 1.25 à 90°)

OG = + 0.75 (- 2.00 à 115°)

VP : ODG = Add : + 2.25

**LZ OPTICAL**  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,  
S1 FB 5, Bat. 1 - Etag 4 - Casablanca  
Fix : 05.22.69.11.79

Dr. RAID Soumaya  
Ophtalmologue  
548, Angle bd 2 mars et  
bd Modibo Keita N° 9  
Gsm 06.61.96.06.11

محل 548 مارس تقاطع شارع موديبوكينا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

05 22 28 00 06 61 96 06 11 [raidsoumaya@gmail.com](mailto:raidsoumaya@gmail.com)