

# 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- 0042150

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1084 Société :

Actif

Pensionné[e]

Autre :

Nom & Prénom : LAYACHI LAHRACH Fatiha

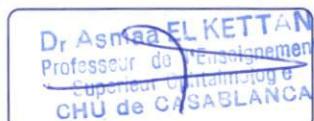
Date de naissance : 06/10/50

Adresse : Rue Park Aufa Im. A6 Et 3 Apt 7 Bd des Clubs Casablanca

Tél. : 06.61.26.73.45 Total des frais engagés : VM. PR Kettani 350 DH

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/11/2013

Nom et prénom du malade : Raphraach Fatiha Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION EL KETTANI

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0042150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1084

Nom de l'adhérent(e) : PL

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

350 DH VM. PR Kettani 23/11/2013

### 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
22/11/23	CS + FA		3000DH	Dr ASMA EL KETT NI Professeur de l'Enseignement Supérieur Optométriste CHU de CASABLANCA

### 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 Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
Visioptic	05/12/23	2 unité + Visioptic	2600,00
13, Rue Normandie Marit - Casab.			
Patente: 35785604 - R.C: 3392			
Tél: 18717617 - ICE: 001643590000			
Tél: 05 22 23 42 87			

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

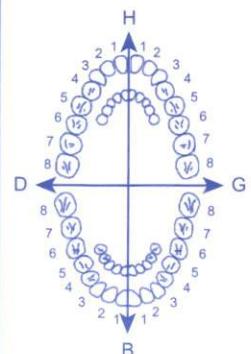
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## ORDONNANCE

22 novembre 2023

**Mme LAHRACH FATIHA**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 1.50 à 95°)

OG = + 0.50 (- 1.25 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

Dr Asmaa EL KETTANI  
Professeur de l'Enseignement  
Supérieur Universitaire  
CHU de CASABLANCA

**Visio optic** S.A.R.L.  
3, Rue Normandie Maârif - Casablanca  
N° de tél: 95785604 - R.C: 33920  
N° de tél: 18717617 - ICE: 0016435900000  
Tél: 05 22 23 42 87

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : **32836 / 2023** du **22/11/2023**

Nom patient **LAHRACH FATIHA** Entrée **22/11/2023**  
**PAYANT** Sortie **22/11/2023**

### CONSULTATION - DR KE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1.00	100.00	100.00
			<i>Sous-Total</i>	<b>100.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>100.00</b>

PR. EL KETTANI ASMAA (ophtalmologue)	CONSULTA	1.00	250.00	250.00
			<i>Sous-Total</i>	<b>250.00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>250.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>350.00</b>
TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 44 (L0)  
Fax : 05

Dr Asmaa EL KETTANI  
Professeur de l'Institut Supérieur d'Ophtalmologie  
CHU de CASABLANCA

**VISIOPTIC**  
113 RUE Normandie, Maarif  
Casablanca  
0522234287  
Visioptic1@gmail.com

Mme FATIHA LAHRACH

FACTURE N° : F23/3361

Date : 05/12/2023

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	300.00	300.00	20.0
VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	300.00	300.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	600.00	600.00	20.0
VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	400.00	400.00	20.0
VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	400.00	400.00	20.0
Monture MONTURE OPTIQUE	1	600.00	600.00	20.0
<b>Corrections :</b>				
VL D. Sph: +0.75 Cyl: -1.50 Axe: 95° Add: +3.00				
VL G. Sph: +0.50 Cyl: -1.25 Axe: 80° Add: +3.00				
VP D. Sph: +3.75 Cyl: -1.50 Axe: 95°				
VP G. Sph: +3.50 Cyl: -1.25 Axe: 80°				
<b>Total</b>	<b>6</b>		<b>2600.00</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	VISIOPTIC A PAYER 3 Rue Normandie B.P. 1000 Atente: 3578 4444 S.A.H.L Casablanca
2166.67	433.33	2600.00		2600.00 Dh

ICE 001643590000085 RC 3339299 IF 18717617 PATENTE 34171413