

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 949 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : 196282

Nom & Prénom : NASR LAHcen

Date de naissance : 11/7/50

Adresse : homme en Khenane Hay Raha CASA

Tél. : 052467387 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : TAZGHIA FATHIA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : OPHTALMO

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 : 23/2/2024 Le : 23/2/2024

Signature de l'adhérent(e) :







Reçu de dépôt de dossier

Type Dossier :OPTIQUE

Régie	Matricule	Nom du malade	Dossier N°	Montant	Date Dépot
01	52545	FATIHA	Z3162642	4510.50	02/11/2023

## CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
OPHTALMOLOGISTE**

## Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin à l'hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

## Permis de Conduire

الدار البيضاء في : ٢٠١٩/٩/٢٣ Casablanca, le:

رخصة القيادة

#### **VERRE POUR LA VISION DE LOIN**

OEIL DROIT

OEIL GAUCHE

## **ADDITION VISION DE PRES**

**Dr. LOUJRA HAYAR**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
 255, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
 Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
 Tel: 05 22 95 12 89

235 شارع يعقوب المنصور - اقامة الانفال - عمارة A شقة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 89  
235 ,Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im." A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89

**PHARMA OPTIQUE**

235 BD YACOUB EL MANSOUR RES AL ANFALE  
CASABLANCA  
Tél : 0522 36 85 76

**pharma**  
**OPTIQUE**

**FACTURE**

FACTURE N° : **195/2023**

DATE FACTURE : **28/10/2023**

CLIENT : **TAZGHINI FATIHA**

<b>DESIGNATION</b>		<b>PRIX TTC</b>
<u>Montures</u> :	<u>1</u> <b>OPTIQUE</b>	<b>1 000,00 DH</b>
<u>Verres</u> :	<u>OG1</u> <b>PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS</b>	<b>1 600,00 DH</b>
	<u>OD1</u> <b>PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLETS</b>	<b>1 600,00 DH</b>
<u>Nmclatr</u> :		
OD:	+0.25 (-1.75 à 105°) , Add = +3.00 , Prisme = +0.00	
OG:	+0.00 (+0.00 à 0°) , Add = +3.00 , Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**Total TTC :** **4 200,00 DH**

QUATRE MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

**Total HT :** **3 500,00 DH**

**TVA 20% :** **700,00 DH**

<b>Frais de Timbres :</b>	<b>10,50 DH</b>
---------------------------	-----------------

**Montant Total Payé :** **4 210,50 DH**

Code INPE



095004461

~~Pharma Optique  
CHARIF CHECCAO - N. Jalila  
Opticienne Optométriste Diplômée  
05 22 36 85 76 / 06 39 52 90 70~~

REGIE	MATRICULE	NOM ADHERENT	PRENOM MALADE	TYPE DOSSIER	N° DOSSIER	DATE
01	52545	TA	ZGHINI FATIHA	OPTIQUE	3162642	28 10 023 °

DESIGNATION DES ACTES	NBRE	ASSIETTE	PRESTATION	PRESTATION	PRECOMPTE	PRESTATION	BENEFICIAIRE
			C.M.S.S.	C.M.C.A.S.			PRESTATION
HONORAIRES	54,00	43,20	10,80	0,00	54,00		
HONORAIRES	250,00	250,00	0,00	0,00	250,00		
HONORAIRES	812,00	649,60	162,40	0,00	812,00		

TOTAL DOSSIER	REMBOURSE C.M.S.S.	REMBOURSE C.M.C.A.S.	ENGAGEMENT TOTAL A CMSS+CMCAS PRECOMPTER	TOTAL AGENT	A VERSER CONVENTION	SOLDE A VERSER AGENT PAIE	* GUICHET
4510,50	942,80	173,20	1116,00	0,00	1116,00	0,00	1116,00

SIGNATURE POUR ACQUIT

