

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



Dos n°  
10603

## Déclaration de Maladie : N° P19-0007228

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AZIZ BOUCHAIB Date de naissance : 04-08-57

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664074077 Total des frais engagés : 183 EUR Dhs

#### LES OPTICIENS CONSEILS

#### Cadre réservé au Médecin

Agée Sécurité Sociale n° 75 OM 3976

n° 752600155

130, rue de Rivoli

75001 PARIS

: 01 42 36 77 58

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 09 / 2019

Nom et prénom du malade : AZIZ NGRIEM

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie : hypermétropie + astigmatisme

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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

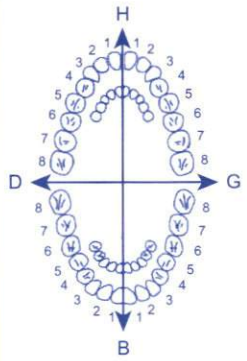
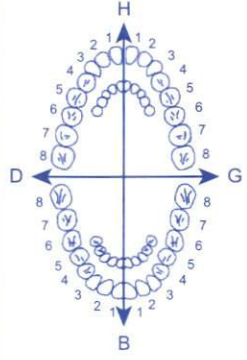
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**LES OPTICIENS CONSEILS (56)**  
130 RUE RIVOLI  
75001 PARIS  
Tél. 01.42.36.77.58 Fax 01.42.36.20.58  
Agr. 750M3975  
Siren 81485498000046  
ID 752600155  
COM FR52814854980

**LES OPTICIENS CONSEILS (56)**  
130 RUE RIVOLI  
75001 PARIS  
Tél. 01.42.36.77.58 Fax 01.42.36.20.58  
Agr. 750M3975  
Siren 81485498000046  
ID 752600155  
COM FR52814854980

**Mle AZIZ Meriem**  
5 rue desire leon  
93140 BONDY  
N° SS : 29401 /  
Date de Naissance : 05/01/1994

**VOTRE FACTURE N° 20202020 Du 08/11/2019**  
Exemplaire à conserver

Carte de vue  
AZIZ Meriem

Vos corrections :

Article	TVA	Qte.	Prix Brut	Total Net
Dossier N° 41521/ 1 BIOFINITY TORIC XR (6) COOPERVISION	1	2	183,80 183,80	183,80 183,80
Acompte versé	183,80 EUR	TVA	Tx TVA	Mt TVA
Solde	0,00 EUR	1	20,00	30,63
		2	5,50	
		3	19,60	
			Tot. Brut TTC	183,80 EUR
			Tot. Net TTC	183,80 EUR
			Tot. FRC	1 205,65 FRC

OD  
OG

Sphère	Cyl.	Axe	Add	Diam	Rayon	Acuit



### LES OPTICIENS CONSEILS

Agréé Sécurité Sociale n° 75 OM 3975

n° 752600155

130, rue de Rivoli

75001 PARIS

01 42 36 77 58

**LES OPTICIENS CONSEILS (56)** -130 RUE RIVOLI -75001 PARIS Tél 01.42.36.77.58 / Fax 01.42.36.20.58  
Agré. 750M3975 Siren 81485498000046 -Ident. 752600155 -Intra. FR52814854980

**Mle AZIZ Meriem** - 5 rue desire leon - 93140 BONDY - N°SS 29401 /  
FACTURE N° 43435 - 08/11/2019 - Doss.N° 41521 - Ophtalmo GROUPE HOSPITALIER - I.D. 75010023 - Date ordo. 26/09/2019

Article	LPP	C.tva	Qte.	Base RO	Rbrt. RO	Prix Brut	Total Net
Dossier N° 41521/ 1 BIOFINITY TORIC XR (6) COOPERVISION	HORS LPP		1 2			183,80 183,80	183,80 183,80
Acompte versé	183,80 EUR	Ctva	Tx TVA	Mt TVA	Total Brut H.T.		153,17 EUR
Solde	0,00 EUR	1	20,00	30,63	Total Net		183,80 EUR
Part SS		2	5,50		Total FRC		1 205,65 FRC

\*\*\* FACTURE ORIGINALE ACQUITTEE \*\*\*

### LES OPTICIENS CONSEILS

Agréé Sécurité Sociale n° 75 OM 3975

n° 752600155

130, rue de Rivoli

75001 PARIS

01 42 36 77 58

# prescription lentilles de contact

identification du prescripteur



bénéficiaire des soins : nom, prénom

M. AZIZ Meriem

exonération du ticket modérateur

ALD

☐

K >= 50

☐

AT/MP

☐

AUTRE

☐

date de l'ordonnance

26-9-2019

☐

transmission électronique de l'ordonnance

à remplir si l'ordonnance n'est pas transmise par voie électronique par le prescripteur

assuré - n° d'immatriculation

organisme de rattachement

bénéficiaire - n° d'immatriculation

à défaut, date de naissance

exécutant - n° d'identification

date d'exécution de l'ordonnance

Je certifie que les conditions médicales<sup>1</sup> de prise en charge prévues au Titre II chapitre 2 du Tarif interministériel des prestations sanitaires sont remplies par le patient pour les lentilles prescrites ci-dessous :

**duplicata**

06 Biofinity Toric +9,50 (-1,75 x 90)

pour 12 mois

**CHU BICHAT - Claude BERNARD**  
Consultation d'Ophthalmologie  
Service du Pr Isabelle COCHEREAU  
45 rue Henri Huchard - 75877 Paris Cedex 18  
Tél 01 40 25 84 43 ou 01 40 25 84 41 - FINESS 750100232

signature du prescripteur

signature de l'exécutant

635.11.98

<sup>1</sup>kératocône, astigmatisme irrégulier, myopie de l'ordre de 8 dioptries, aphakie, anisométrie à 3 dioptries non corrigeable par des lunettes, strabisme accommodatif