

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

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 : N° P19- 0011909

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12302 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ECH - CHABA Tark Date de naissance : 09/6/86

Adresse :

Tél. : 06 75 06 19 83 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/07/18

Nom et prénom du malade : ECH - CHABA Tark Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie

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.

1 SEP. 2019

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) :

## 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

- Reclamation : 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

N° W19-433354

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 12302 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ECH-CHAABA TARIK

Date de naissance : 09/06/1984

Adresse : MAZOLA RUE 2 IMM 39 NR 3 HAY HASSANI CASA.

Tél. : 0675061993 Total des frais engagés : 5600,00 Dhs

أمراض وجراحتها المخبرية  
Doctor M. A. LACHACHI  
UCI - Angio sans Fluorescine - Topographie  
Echographie - Laser YAG - Laser Pascal  
15, Avenue Lalla Meryem (V.N) FES  
Tél. : 05 35 93 17 61 - GSM : 06 61 19 30 17

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Doctor M. A. LACHACHI  
UCI - Angio sans Fluorescine - Topographie  
Echographie - Laser YAG - Laser Pascal  
15, Avenue Lalla Meryem (V.N) FES  
Tél. : 05 35 93 17 61 - GSM : 06 61 19 30 17

Date de consultation : 13 JUIL. 2019

Nom et prénom du malade : ECH-CHAABA TARIK Age : 29.06.1984

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 10/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. ECH-CHAABA TARIK

Docteur M. A. LACHACHI  
UCI - Angio sans Fluorescine - Topographie  
Echographie - Laser YAG - Laser Pascal  
15, Avenue Lalla Meryem (V.N) FES  
Tél. : 05 35 93 17 61 - GSM : 06 61 19 30 17

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-433354

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 : 12302

Nom de l'adhérent(e) : ECH-CHAABA

Total des frais engagés : 5600,00

Date de dépôt :

## 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                       |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13/11/2013      | Co                |                       | 200 dt                          | INP : 141088021<br>LACHAOU<br>écrivain radiologue Laser Pascal (V.N.) FES<br>1930 17 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particulier  | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|  |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|  | 23/7/19           |        |    |    |    | 5400                               |

**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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                            | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|--|--|------------------|-------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|--|----------|--|---|---|---|
|  |  |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> |                  |             | H   | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 |  | 35533411 |  | B | G | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
| H  | G  |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| 25533412                                   | 21433552   |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| 00000000                                   | 00000000   |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| D  |  |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| 00000000                                   |  |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| 35533411                                   |  |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
| B  | G  |                  |             |   |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>           |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |
|  |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>     |   |          |          |          |          |   |  |          |  |          |  |   |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**CABINET MEDICO-CHIRURGICAL D'OPHTALMOLOGIE**

Docteur Mohammed Abdelkafi LACHACHI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

13 Juillet 2019

Monsieur ECH CHAABA Tarik

**Correction Optique**

Oeil droit:

- 0.50

Oeil gauche:

- 0.75

Verres organiques + monture

AXE OPTICAL SARL  
OPTICIENS OPTOMETRISTES  
Angle Place du Marché et Rue  
Abdou Naby, Quartier Maârif - Casablanca  
Tél : 212 522 25 21

Docteur M. A. LACHACHI  
15, Avenue Lalla Meryem, Résidence de la mosquée El Imam Malik  
Tél : 212 535 93 17 61 En cas d'urgence : 212 661 19 30 17  
abdelkafilachachi@hotmail.com  
Patente N° 13111874  
I.N.P : 141088021

15, Avenue Lalla Meryem, Résidence de la mosquée El Imam Malik

Tél : 212 535 93 17 61 En cas d'urgence : 212 661 19 30 17

abdelkafilachachi@hotmail.com

Patente N° 13111874

I.N.P : 141088021



# AXE OPTICAL

Client(e)

ECH CHABA TARIK

| Date Facture | Facture N° |
|--------------|------------|
| 23/07/2019   | 1725       |

| Nom. | Désignations          | Qté | Prix Unitaire | Montant |
|------|-----------------------|-----|---------------|---------|
|      | MONTURE OPTIQUE       | 1   | 3200,00       | 3200,00 |
|      | VERRE ORGANIQUE BLANC |     |               |         |
|      | ANTIREFLET ANTIRAYURE |     |               |         |
|      | OD :- Sph : -0,50     | 1   | 1100,00       | 1100,00 |
|      | OG :- Sph : -0,75     | 1   | 1100,00       | 1100,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille quatre cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

Net à payer : 5400,00

AXE OPTICAL SARL  
OPTICIENNES OPTOMÉTRISTES  
Angle Rue du Marché et Rue Ibnou Nafiss Quartier Maârif  
Tél.: 05 22 25 23 84 - Fax : 05 22 25 23 90 - E-mail : axeoptical@menara.ma