

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

JPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données actère personnel.

**PRAS** : 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° P19-0036031

NO: 28797

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6540

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELZINI NAÏNA

Date de naissance :

1964

Adresse :

RES CHABAB ZONA2A BLOC 15  
IHA APPT ALI SCLAN

Tél. :

0665002118

Total des frais engagés :

4700 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

05/06/2020

Nom et prénom du malade :

ELZINI NAÏNA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Amélioration de la vue

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 :

12/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

EL



# 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
04/04 2020			600,00 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KERATOPTIQUE 303, Boulevard Ziraoui Casablanca Tél: 0522 49 47 79 - Fax: 0522 49 37 37	12/6/20	4.500,00 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

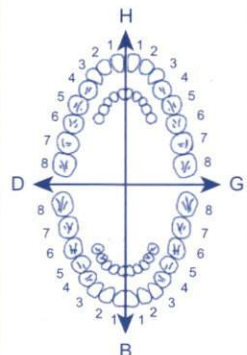
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  G  00000000  35533411  B </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur  
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

إختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : .....05/06/2020.....

Mme Ezzidi Naima

Lunettes pour VL et VP (Verres + Monture)

OD : +1,75

OG : +1,25

**KERATOPTIQUE**  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tel: 0522.49.27.39-Fax: 0522.49.27.4

OD : add+3.00

OG : add+3.00

*une prescription  
est. flit  
est. U.V.  
Fugate*

الشباب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعمراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيم البرنوصي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdessadki@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38



KERATOPTIQUE  
OPTICIEN OPTOMETRISTE

303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40  
RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745  
CNSS: 6009692 - ICE: 001632385000077  
INPE: 0095001855

FACTURE N° 0010087

M. *me ELZIZI Naima* 16/6/20.

Vision de loin

OD:Cyl ..... Sph .....

OG:Cyl ..... Sph .....

Vision de près

OD:Cyl ..... Sph .....

OG:Cyl ..... Sph .....

Double Foyer

OD:Cyl ..... Sph .....

ADD + 1.75 + 3.00

OG:Cyl ..... Sph .....

ADD + 1.25 + 3.00

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture</i> <i>optique</i>	1.000,-
2	VERRE <i>verre progressif</i> <i>Nika, organique +</i> <i>Traitement Anti Reflet</i>	3.500,-

Montant en Lettres : *quatre*  
*mille cinq cent*  
*deux*

TOTAL

4.500,00



Cachet, Signature  
KERATOPTIQUE  
303, Boulevard Ziraoui  
Casablanca  
Tél: 0522.49.27.39 - Fax: 0522.49.27.40