

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 :

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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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



ND: 31008

Déclaration de Maladie : N° S19-0000343

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : RAR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LECHHEB Omar Date de naissance : 1/07/1953

Adresse : 109 Bd Omar EL KHAYAT Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : LECHHEB Omar Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Ametopie

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
28 FEB 2020		1	309	Dr. GEORGINI Azouline 110, Rue du Marché et Rue Nafiss - Q. 201 - CASABLANCA Tél: 022 25 23 32 - Fax: 022 25 23 32

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
		AM	PC	IM	IV	
	6/3/2020					18700Dh

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 canalaires, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddine SERRHINI

**Spécialiste des maladies
et Chirurgie des yeux**

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Chef de clinique des hopitaux de paris

Angiographie - Laser - Phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

الدكتور عز الدين السرغيني

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

ليزر - جراحة الشبكة

Casablanca, le **12 8 FEV 2020**

#Nom ?

Omar LECHHEB

Une Monture :

Verres PROGRESSIFS :

DE L. DROIT : +1,25 (-0,25 à 80°) Add 2,75

DE L. GAUCHE : +1,75 (-0,25 à 0°) Add 2,75

AXE OPTICAL SARL
OPTICIENNE OPTOMETRISTES
Angle Rue du Marche et Rue
Abou Nafiss Quartier Maarif - Casa
0522 25 13 23 - F: 0522 25 23 32
Gsm: 06 61 92 25 94

CENTRE OPHTALMOLOGIQUE
Dr. SERRHINI Azzeddine
10, Rue Abou Abdallah Nafii
Maarif - CASABLANCA
Tél: 022 23 13 23 - Fax: 022 25 23 32



AXE OPTICAL

Client(e)

LECHHEB OMAR

Date Facture	Facture N°
06/03/2020	1848

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE VERRE ORGANIQUE ANTIREFET PROGRESSIF AMINCI	1	8700,00	8700,00
	OD :- Sph : +1,25 Cyl :-0.25 Axe :80° Add : +2,75	1	5000,00	5000,00
	OG :- Sph : +1,75 Cyl :-0.25 Axe :180° Add : +2,75	1	5000,00	5000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dix huit mille sept cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

Net à payer :

18700,00

AXE OPTICAL SARL
OPTICIENNES OPTOMETRISTES
Angle Rue Du Marché et Rue
Ibnou Nafiss Quartier Maârif - Casa
T 0522 25 23 84 F: 0522 25 23 32
Gsm: 61 92 25 94

Angle Rue Du Marché et Rue Ibnou Nafiss Quartier Maârif - Casablanca
Patente : 35774381 - RC : 240329 - IF.: 40421364 - ICE : 000098382000031
Tél.: 05 22 25 23 84 - Fax : 05 22 25 23 90 - E-mail : axeoptical@menara.ma