

## 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

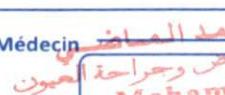
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

N° W19-587335

49 999

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<i>Cadre réservé à l'adhérent (e)</i>			
Matricule :	8899	Société :	RATIHANDLING
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHELKHA ABDELKARIM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661 319 357	Total des frais engagés :	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>  Cachet du médecin : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Dr. Mohammed FAKIR  OPHTHALMOLOGISTE  105, Av. 2 Mars - Casablanca  Tél: 05 22 83 50 61 - GSM: 66 83 02 22 </div> <span style="float: right;">27 NOV. 2020</span>			
Date de consultation : <b>1 NOV. 2020</b> Nom et prénom du malade : <b>CHELKHA Abdelkader</b> Age : <b>37</b> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b> En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>2020</b> 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
1 Nov. 2020	Consultation		250,00	091096142 Dr. MOHAMED MADI CHIRURGEON DENTISTE TOMOLOGISTE Casablanca Le 01/11/2020

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
 pticienne Lunette 84 Rue Hippocrate Casablanca tel: 052865056	16/11/2020					390.0.00 dhs	

#### **— VOLET ADHERENT**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	<b>Dents Traitées</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																									<b>Nature des Soins</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	<b>Coefficient</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	<b>INP :</b> _____	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				<b>FIN D'EXECUTION</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1"> <tr><td colspan="2"><b>H</b></td><td colspan="2"><b>G</b></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td><td>21433552</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>35533411</td><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> </table>	<b>H</b>		<b>G</b>		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553	<b>Coefficient</b>  <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____																																																																																																																																																																																																																										
		<b>H</b>		<b>G</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		25533412	00000000	21433552	00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
		D		B																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
		00000000	35533411	00000000	11433553																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				<b>DATE DU DEVIS</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> _____																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													

**Docteur Mofiammed MADI**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtamologiste des Hôpitaux  
Bouafi et My Youssef de Casablanca  
Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine  
Angiographie - Laser



INPE 091096149



الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بالرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيب اخصاصي سابق بمستشفيات  
بوافقى و مولاي يوسف بالدار البيضاء  
جراحة احلالة - حول العين - الشبكة  
بخطيط أووعية الشبكة - الالازر

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le .....

14 NOV. 2020

**Mr. CHELKHA Abdelilah**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL : OD = - 1.50 (- 1.00 à 40°)

OG = - 1.50 (- 0.50 à 50°)

VP : ODG = Add : + 2.00

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

**LOOK LAND**  
Opticienne - Lunetterie - Optométriste  
84, Bd. Mouloud 1er Quartier  
des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 06 22 86 50 66

الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr. Mofiammed MADI  
105, Av. 2 Mars - Casablanca  
(06 22 83 50 61 - Gam: 06 51 52 92 11)

# LOOKLAND



## FACTURE

095004479

CLIENT: ABDELILAH CHELKHA  
OPHTALMO: MADI  
DATE DE PRESCRIPTION: 14/11/2020

DATE FACTURE : 14/11/2020

NUMERO : 0195/20

<b>Désignation</b>		<b>Qté</b>	<b>Prix TTC</b>
PROGRESSIF:			
MONTURE	OPTIQUE	1	600,00
OD	-1.50(-1.00,40°) ADD: +2.00 PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1	1 650,00
OG	-1.50(-0.50,50°) ADD: +2.00 PROGRESSIF ORGANIQUE AR	1	1 650,00

Taux TVA:	Montant TVA	<b>Total TTC</b>
20%	650,00	<b>3 900,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: TROIS MILLE NEUF CENT DIRHAMS .TTC.

Signé:

LOOK LAND  
Opticienne & Optométriste  
84 Bd My idriss 1er Mag 41, Quartier des hôpitaux-Casablanca  
Tél : 05 22 86 50 66 Email: lookland14@gmail.com  
INPE:095004479 - ICE:001675901000009 - IF:1023540  
TP:36330749 - RC:140999