

## 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.

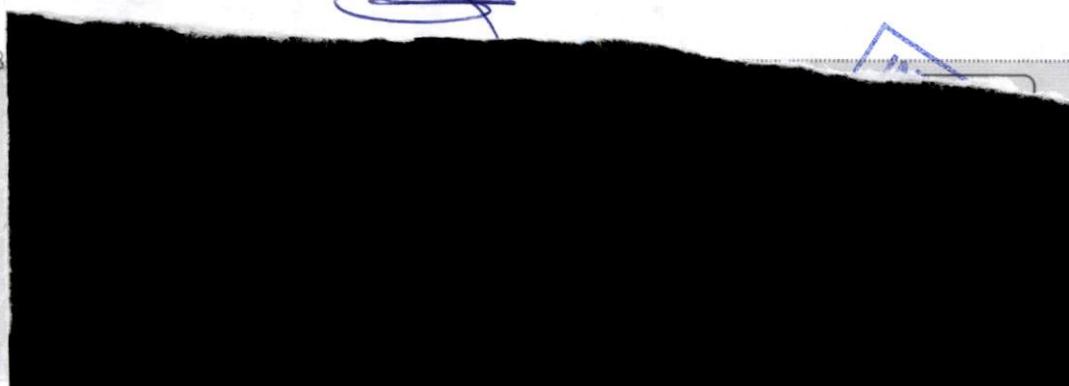
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule : M78L1		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABBOU MAHACINE		26.10.1977	
Date de naissance : 26.10.1977		Total des frais engagés : Dhs	
Adresse : 12. RESIDENCE FATHI, QUETTAH HUSSEIN GAUTHIER CASABLANCA		Tél. : 0628915089	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin	DR. OHLAL CHALAH OPHTHALMOLOGISTE 8, Rue Assad Bnou Zarara Place du Magrif Tel : 99.20.46147 Fax : 99.20.48
Date de consultation : 04/10/23	Age : 45
Nom et prénom du malade : DR ABBOU MAHACINE	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire	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 : 04/10/22  
Signature de l'adhérent(e) :



### 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
04.10.2022	(2)	300,-	09.10.66738	<i>QALLAB OPHTHALMOLOGISTE Assad Brakha Place de la République - 19920 - Bourj Hammoud</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

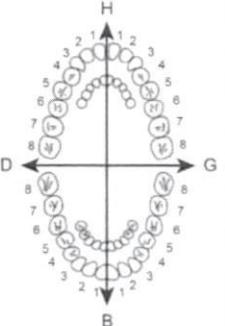
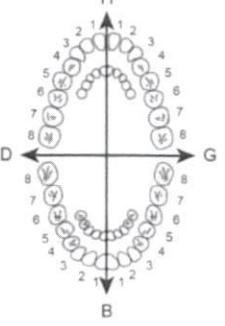
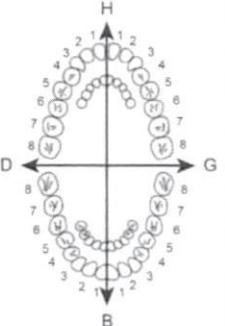
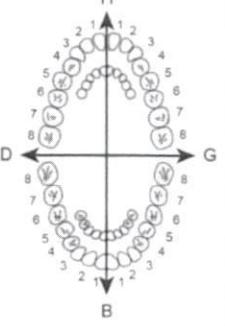
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
	12/10/2022	Prise + Jeu	697,-

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
													
													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES													
<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
													
													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION									
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
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"/>													

# Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris

Maladies et Chirurgie des yeux

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Angiographie - Laser - Echographie

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



# الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرار ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le

6 / 10 / 22

الدار البيضاء في

Madame

ABBOU Mahacine

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (0 -0,50) + 0,50 , Addition + 1,50

Oeil Gauche : (0 -0,50) + 0,50 , Addition + 1,50

+ monture

JEM OPTIQUE SARL AU  
ICE : 001545713000096  
R.C : 113543  
T.P : 36343701  
I.F : 1087628

JEM OPTIQUE SARL AU  
ICE : 001545713000096  
R.C : 113543  
T.P : 36343701  
I.F : 1087628

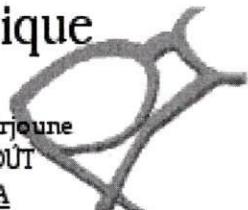
Dr. GHALLAB GHAZLANE  
OPHTHALMOLOGISTE  
8, Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif  
Tél 199.20.46/47 Fax 199.20.48  
CASABLANCA

J.E.M Optique

s.a.r.l

17, rue Lachen El Arjoune  
face HOPITAL 20 AOÛT  
20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 63



INPE : 095001004

le 12/10/2022

Facture n° 22 0403

ABBOU Mahacine

DLD61

Ordonnance GHALLAB Ghislaine 04/10/2022

Multifocaux

M U P R A S

**Monture** N° TIPS: A1

**2 000,00**

Verres progressifs blancs antireflets  
AR

OD..... N° TIPS: 431

**2 485,00**

OG..... N° TIPS: 431

**2 485,00**

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

DS028	total	6 970,00
JEM		
JEM		

---

total T.T.C.	6 970,00
--------------	----------