

## 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

- Réclamation : 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.

137714

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>A487</b> Société : <b>RA.M</b> <input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : Nom & Prénom : <b>MACHIGHOUI Salah</b> Date de naissance : <b>30-06-1950</b> Adresse : <b>Cotissement Al Abdalissa N° 126</b> <b>Sidi Maârouf</b> <b>CASA PLAZA</b> Tél. : <b>06 06 82 06 71</b> Total des frais engagés : <b>1000</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> Date de consultation : <b>8/11/2021</b> Nom et prénom du malade : <b>MACHIGHOUI Salah</b> Age : <b>61</b> Lien de parenté : <input checked="" 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 :		
	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 : **AL** le : **17 NOV. 2021**  
 Signature de l'adhérent(e) : **(S)**



**R ACCIIFIL**

### 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
18/11/22	CS	3000H	INP : 10000000000000000000000000000000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/11/2022	74700

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	18/11/22					9500,-

### 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 :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
B	35533411		11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



MACHGHOUL SALAH

**FACTURE N° 8664/2022** **DU 15/11/2022**

DESIGNATION	QTE	MONTANT
MONTURE OPTIQUE	1	1000
VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS PROGRESSIFS	2	8500
OD -3.5(-0.50 a 60°)		
OG -3.5(-0.5 a 140°)		
ADD +3.00		
		<b>9500</b>

**ARRETEE LA PR ESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**NEUF MILLE CINQQ CENT DIRHAMS.**

X-optic : 6, Bd. Aboubakr El Kadiri, (Rond Point Al Moustakbal), Sidi Maarouf, Casablanca, Maroc

Fixe : 05 22 78 01 01 - Mobile : 06 60 13 49 55

INPE : 095018438 - IF : 15182364 - RC : 308097 - ICE : 000011825000049 - TP : 34092157

Dr. Imane BOUZIANE

Ophtalmologiste

Lauréate de la faculté de  
médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et  
pathologies rétinianes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

08 novembre 2022

Mr. MACHGHOUL SALAH

م ٣٥  
THEALOSE COLLYRE

1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1  
Mois



بسم الله الرحمن الرحيم  
PHARMACIE FOULQUIA  
Doctor en Pharmacie  
N° 119 LBT Al Adala Sidi Maârouf  
Tél: 0522 38 50 25 Casablanca

Dr. BOUZIANE Imane  
Ophtalmologiste  
Panorama Office IMMO 13, 1<sup>er</sup>  
Etage, Bureau 2 Bd Abou Bakr El  
Kadiri, Sidi Maârouf - Casablanca

Dr. Imane BOUZIANE

Ophthalmologist

Lauréate de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômée en imagerie et pathologies rétiniennes de Paris



الدكتورة إيمان بوزيان

طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم في تصوير و أمراض شبكيّة العين

باريس - فرنسا

ORDONNANCE

08 novembre 2022

Mr. MACHGHOUL SALAH

Monture + verres correcteurs progressifs

Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 3.50 (- 0.50 à 60°)

OG = - 3.50 (- 0.50 à 140°)

VP : ODG = Add : + 3.00

OPTIC SARL  
OPTICIN  
Sidi Maarouf  
Tél : 05 22 58 15 86

Dr BOUZIANE Imane  
Optician Magist  
Panorama Office, Immeuble 13, 1<sup>er</sup> étage, Office 2, Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca  
E-mail: Bureau 2 Bd Abou Bakr El Kadiri, Sidi Maarouf - Casablanca