

## 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.

N° W21-781984

145576

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

10304

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Nezzerouki Idrissi Tahar

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 064 396 0102

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Farid	16/01/23	9.200 Dhs.
El Moulimine, Dr. EL BAGHRANI	13/01/23	93,70.
RDc. Dr. HAMABROUK		
Ain		
13/01/23		
93,70.		

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

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'ODD.																																			
	<b>SOINS DENTAIRES</b>  <b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	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"/>																																	
			<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <table border="1" data-bbox="1517 916 1742 1046"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">25533412</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		21433552		25533412		00000000		00000000		00000000		D		00000000		00000000		11433553		35533411				B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
				H		21433552																													
				25533412		00000000																													
				00000000		00000000																													
				D		00000000																													
00000000				11433553																															
35533411																																			
B																																			
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																																			



Opticienne - Optometriste  
Contactologue -visagiste

Casablanca, le

16/01/2023

FACTURE N° : 377/15

MERZOUKI IDRISI IBTIHAL

	NOMBRE	PRIX UNITAIRE TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE	1	1000	1000
VERRES 1.5 ORGANIQUE	2	600	1200
OD : -2.5 ( -0.5 A 150)			
OG : -2.5			
		TOTAL HT	1 833,33
		TVA	366,67
		TOTAL TTC	2 200,00



INPE: 095028320

OPTICKI  
Opticienne Optométriste  
Bd. Moulay Ismaïl - Casablanca  
RDC, résidence EL MABROUK  
Ain Sebaâ - Casablanca  
Tél : 0522.75.75.02 / 07.03.11.01.10

Arrete la présence facture à la somme de DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS

Siege Social BD moulay mohamed elbaamrani residence el mabrouk RDC CASABLANCA

TEL : 0708110110 / 0522747402 - Email : opticki.as@gmail.com

RC : 473955 - TAXE PROFESSIONNEL 31501402 - IF : 45967181

ICE : 002505707000016

**Docteur  
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج بأشعة الليزر

**Casa Le : .....13/01/2023.....**

Merzouki Idrissi Ibtihal

Lunettes pour VL( Verres + Monture)

OD : -2.5 (150° -0.5)

OG : -2.5

, VERRES ORGANIQUE ANTI-REFLET ANTI-UV



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

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

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

INPE : 091169870

**Docteur  
ESSADKI Fahd**

Ophtalmologiste  
Maladies et chirurgie des yeux  
Traitement au Laser



الدكتور  
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون  
العلاج باشعة الليزر



Casa Le : .....13/01/2023.....

Merzouki Idrissi Ibtihal

75,70

zalerg

1's

18,00

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 02 mois)

1's

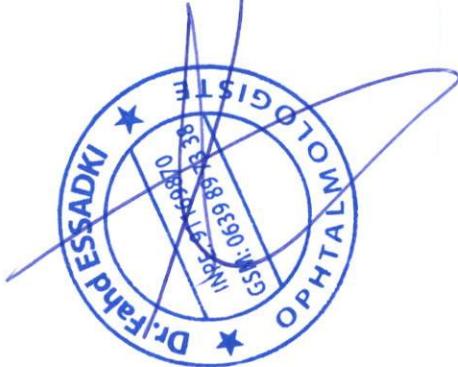
Phy ( serum physiologique )

lavage des yeux (pendant 1 mois)

18,00

93,70

**PHARMACIE CHABAB CASA**  
C/1 Chabab, 1er ét. 44 Mag N° 37 / 32  
Ain Sbâa, Casablanca  
Tél. 05 22 75 59 14



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

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

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

INPE : 091169870