

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.

N° W19-577137

155936

| | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 301751 | | Société : | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : EL OUZZAANI ABDESSALAM | | | |
| Date de naissance : 1.1.1950 | | | |
| Adresse : 149, rue Soukaina Maamif - Casablanca | | | |
| Tél. : 0661269915 | | Total des frais engagés : 2200 Dhs | |

| | |
|---|--|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation : 28/02/2023 | |
| Nom et prénom du malade : EL OUZZAANI ISMAÏL | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca
 Le : 03/04/2023
 Signature de l'adhérent(e) : I. BOUZAACHANE

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 28/02/23 | 2a.23 | 5a | 300.00 | INP : 091118369 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |



EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE ACHARAF Dr SAHIB Mohammed Amine 96, Rue Socrate Maârif - Casablanca Tél: 05 22 25 22 09 | 28/02/23 | 332,- |

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 | |
| Optique Ohoud Opticien Optométriste 4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud Berrechid-Téb | 28/02/23 | | | | | 3.000,00 |

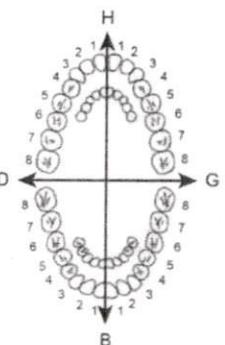
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

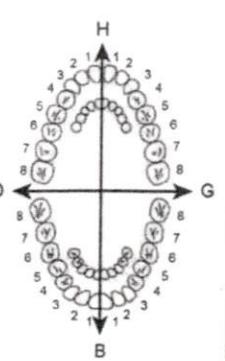
Important :

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 : [] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | 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 |



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |
| B | | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Phacoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

28 février 2023

Mme EL OUAZZANI Jamila

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre
anti-lumière bleue

Vision de loin :

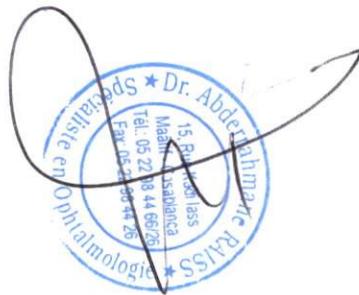
OD = Plan (+ 0.50 à 35°)

OG = + 0.25 (+ 0.50 à 180°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

28 février 2023

Mme EL OUAZZANI Jamila

75,00

LEVOPHTA



1 goutte 2 fois / j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

115,00 AQUALARMES UNIDOSES



1 goutte x3/j 24 la dosette , dans les deux yeux

112,00 LOTEMAX COLLYRE



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

332,50

PHARMACIE ACHARAF S.A.S.
Dr SAHIB Mohamed Amine
35, Rue Soukra Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 25 22 09



LEVOPHTA 0.05%
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N° 726/16DMP/21/NRQr

LOT / علامة
FAB / مصنع 11-2021
EXP / تاريخ انتهاء الصلاحية 10-2023

6118001270354

PPV : 75,00 DHS

Date FAB / تاريخ الصنع /
Tariheh Al-Salihah / تاريخ نهاية الصلاحية /
LOT / رقم الحصة /

2021-11
2023-10
HY2041

Date Fab. : تاريخ الصنع
Date Exp. : تاريخ الانتهاء
Lot : الحصة



4 030571 004943

CE 0483

STERILE A
مُسْتَرِيل

CIMA01
9682601
1079907

6 118001 270538

Respecter les doses
prescrites
احترم дозами
مما يصفه الطبيب

Optique
Ouhoud

FACTURE

Date

23/03/2023

CLIENT : EL Ouazzani Jamila Numéro

70

| Article | Désignation | Qté | Prix TTC |
|----------------------|----------------------------|-----|----------|
| PRES: | | | |
| MONTURE | OPTIQUE | | |
| VD | <i>Progressif</i> | 1 | 1100,00 |
| VG | <i>Plan</i> | 1 | 1300,00 |
| PRES: | | | |
| MONTURE | | | |
| VD | <i>PGX-AP</i> | 1 | 1300,00 |
| VG | | 1 | 1300,00 |
| CORRECTION VISUELLE: | | | |
| LOIN: | | | |
| OD: | <i>Plan (f0,50 ± 35)</i> | | |
| OG: | <i>+0,25 (f0,50 ± 180)</i> | | |
| PRES: | | | |
| ADD / ODG: | <i>+2,75</i> | | |
| | | | 3700,00 |
| | Taux TVA: | | 20% |
| | Montant TVA: | | |
| | Total TTC: | | 3700,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de:

*trois-mille Sept
cents dinars*

Optique Ouhoud
Signé Opticien Optométriste
4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tel : 06 68 67 35 28

4, Rue D'Alger mosquée ouhoud -Berrechid-
Tél: 06 68 67 35 28 - Email: youssefpoorChotnaiLcom
Code INPE:105011324-ICE:001714066000082-Patente:40705677-1F:40267294
TP:000000-RC:15906-N'Autorisation SGG:2539

Optique Ouhoud

Opticien Optométriste

4, Rue D'Alger Mosquée Ouhoud
Berrechid - Tel : 06 68 67 35 28