

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



158665

Déclaration de Maladie : N° S19- 0007662

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9390 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. ALCHOUAÏ SAÏD Date de naissance : 31-01-1965  
Adresse : GH14, Immeuble 1, Apt 12 PRESTIGE OULFA LISABA  
Tél. : 06 11 89 2093 Total des frais engagés : 1285,20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/03/2023  
Nom et prénom du malade : M. ALCHOUAÏ SAÏD Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : V. C. de refraction  
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 : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### 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



# RELEVÉ 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
27/03/2024			25000	<p>Dr. MOUSSAOUI KAMILA</p> <p>Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux</p> <p>237 Bd. Mou Chouab Dohkail le. Elage</p> <p>Sidi Kaddour - Casablanca - Tél: 05 22 99 53 59</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LA VALLEE</p> <p>Mohammed Amine ASRI</p> <p>Coopération Lissasfa Et 59c Lissasfa</p> <p>CASABLANCA - Tél: 05 22 99 53 59</p> <p>ICE: 002052048000037</p>	05/03/23	35,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>PUR OPTIC</p> <p>Opticien Optométriste</p> <p>IKRAM GHOUMARI</p> <p>Marjane Hay Hassani Boutique B10</p> <p>Casablanca - ICE: 002043933000019</p> <p>INPE: 09 5021762</p>	2023-03-25	verres	lunettes			1000.000

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Docteur Moussaoui Karima

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

Cataracte ( Phacoémulsification )

Chirurgie des voies Lacrymales

Lentilles de contact-Strabisme

Angiographie - Laser



الدكتورة موساوي كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جلالة بالليزر جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة - الليزر

راديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 25/03/2023... في: الدار البيضاء;

Arctouai Imane

PUR OPTIC  
Opticien Optométriste  
IKRAM GHOUAMARI  
Marjane Hay Hassani Boulevard B10  
Casablanca - ICE: 002043933000019  
INPE: 091021762

35.70

Tobrox eye

35.70

3, 25 + 9, 25

2-1



Chirurgie polye

PHARMACIE LA VALLEE  
Dr. Mohammed Amine AGRI  
et Oumaima Lissasfi  
Casablanca - Tél: 05 22 65 53 59  
ICE: 002052048000037

سیدی معروف الدابع (الزقة 15) الرقم 237 شارع ابو شعيب الدکالی الطابق الأول

237, Bd - Abou Chouaib Doukkali - 1 Etage sidi maarouf IV ( Rue 15)

Casablanca - Tél ; 05.22.82.68.12 ; الهاتف

IF : 45304040 - ICE : 00184490000013 - INPE : 091114546

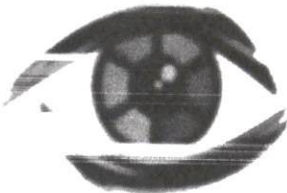
Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies  
des Yeux  
Chirurgie des  
Maladies des Yeux  
237 Bd Abou Chouaib Doukkali - 1 Etage  
sidi Maarouf IV (Rue 15)  
Casablanca - Tél: 05 22 82 68 12  
ICE: 00184490000013



  
6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

  
406836 MA

Facture



**Facture N° :**  
1050

**Date :**  
2023-03-25

**Client :**  
MARCHOUDI  
IMANE

**PURE OPTIC**

Tel:

VS	SPH	CVI	AXE	ADD
VLD	-3.25	-0.25	175	
VLG	-2.00	-1.00	180	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORG 1.56 CLEAR HMC+EMI	1	250.00	250.00
2	ORG 1.56 CLEAR HMC+EMI	1	250.00	250.00
3	MONTURE	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	166.67
Total HT	833.33	Net à payer	1000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

PURE OPTIC --- opticmanagerpro@gmail.com  
IF: 26112536 - ICE: 002043033000019 - RC:411909 - TP:36092177- INPE:095021762 - CNSS:1138316

**PUR OPTIC**  
Opticien Optométriste  
**IKRAM GHOMARI**  
Marjane Hay Hassani Boutique B10  
Casablanca - ICE:002043933000019  
INPE: 09 502 1762