

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-791753

### Maladie

Dentaire  
*Cadre réservé à l'adhérent(e)*

Matricule : **10356** Société :

Actif

Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom :

**E. RRI AICHI - RACHID**

Date de naissance :

**30 01 1965**

Adresse :

**LOT EZZOUBI R 289 I Agpt 1**

ou FA

Tél. :

**0670 01 2080**

Total des frais engagés : **3950,00** Dhs

### Optique

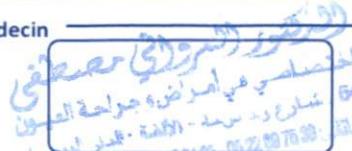
### Autres

**RAMA 6562**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**12 Juin 2023**

Nom et prénom du malade :

**E. RRI AICHI - RACHID**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie :

**Anomalie de l'œil droit**

Enfant

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 :

**CO**

Signature de l'adhérent(e) :

**elif**

Le : **12/06/2023**

VOLET ADHERENT

ACCUEIL

#### **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
2 Juin 2023			250 DA	INPE / 09110929 دكتور (سوزان) ابن سعيد في اشرف وجامعة الثالث الصلح 25 شارع - الائمة - 54 القاهرة - مصر

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

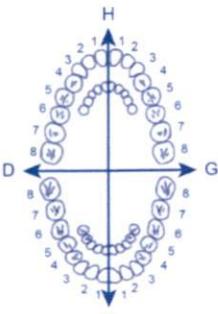
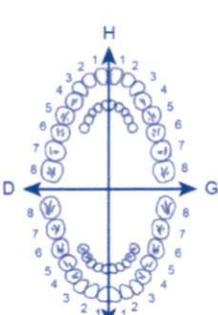
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Z OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE Farah Salam, Lot Al Azhar 111 - Mag 4 - Casablanca 05.22.69.11.79	AS 06 2023		opticien			3700.00 314
LZ OPTICAL OPTICIEN - OPTOMETRISTE						

## **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"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
D 00000000 35533411	B 11433553			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 006116

Casablanca le : 15/06/2023

Mme/Mr : ERRIAICHI Mourad

Dr :

VL

OD : +0.95 (-2.75 à 20°)

OG : +1.50 (-3.25 à 155°)

Monture

optique

700,00 DH

VP-Add

OD : .....

OG : .....

Verres

ORMA 167 AR

3000,00 DH

ORMA 167 AR antiREFLET IMPRINT

Total à payer: 3700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois MILLES

Sept cent DIRHAMS

LZ OPTICAL  
OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE  
Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,  
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Fix : 05.22.69.11.79

Cachet et signature

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

: 516327 - Patente : 36002555 - IF : 47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرانى مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون  
تصوير الأوعية - الليزر

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية المغربية

طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

## ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

EQQIAICHI Rana d.

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

Vision de Poisn

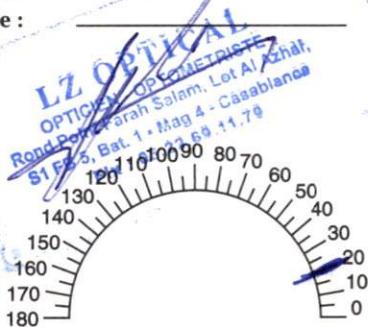
Porter

Habituellement:

+ 0,75 (- 2,75 à 20) + 1,5 (- 3,25 à 155)

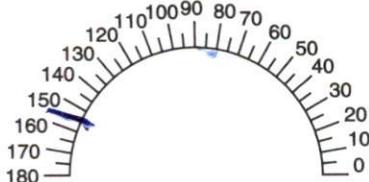
Vision de Poisn

Porter pour  
la lecture :



Avec lunette

AX-Int



Casablanca, le : 12 Juin 2023

الدكتور المرانى مصطفى  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
شارع دار العصافير، 54  
Casablanca - المغرب  
Signature

54، شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة "Q" الطابق السفلي الألفة - الدار البيضاء

54, RDC Groupe "Q" - Bd. Oued Daraâ, (Près Institut Abdou) Oulfa - Casablanca - INPE : 091169292

ICE : 001651340000064 - E-mail : docteur.marouani.mustapha@gmail.com

Tél.: 05 22 89 75 38 - GSM : 06 61 31 15 58 / 06 63 73 04 95