

# 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

- Reclamation : 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.

167955

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24.81

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Mme ISABEL NAJIDA

Date de naissance :

Adresse : Rue 6 - 4<sup>e</sup> Et. lot A Haddouche El ouf La  
CP 100

Tél. : 41852100 Dhs

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila

OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 03 51

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 Juin 2023

Nom et prénom du malade : Isad Najida Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Vice de refraction

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 12/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Isad

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
19 Juin 2023	cs	.	250 DHS	RETARDE CHAUSSEE CASABLANCA DRISS 1er JUIN 22 08 08 2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE SARANAZ</b> S.A.R.L A-U 140 Lot Smiralda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	19/06/2023	102,10

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
		A M	P C	I M	I V	
	617123					4500,- dt

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>CŒFFICIENT 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"/>														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
		<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"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

Dr LAMTIRI MOKRIM Laila

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



الدكتورة لمطيري مكرم ليلي

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

أستاذة مساعدة سابقا  
 بكلية الطب بالدار البيضاء

19 Juin 2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

Mme ISAAD Najia

75,70

- ZALERG

1 goutte, 2 fois par jour,

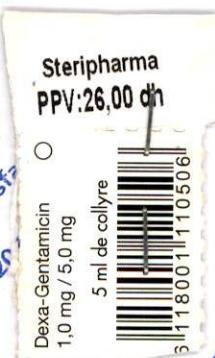
26,00

- STER-DEX

1 application le soir à usage externe

102,70

PHARMACIE SARANAZ  
SARANAZ  
140 Lot 5  
Rimalda Lissabon  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 25



PHARMACIE SARANAZ  
140 Lot 5  
Rimalda Lissabon  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

Dr LAMTIRI MOKRIM Laila

SPECIALISTE  
DES MALADIES ET DE LA CHIRURGIE  
DES YEUX  
ANGIOGRAPHIE - LASER  
Ex- MAITRE ASSISTANTE  
À LA FACULTÉ DE MÉDECINE  
DE CASABLANCA



الدكتورة لمطيري مكرم ليلى

اختصاصية  
في أمراض و جراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

أستاذة مساعدة سابقا  
 بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le .....

19 Juin 2023

Mme ISAAD Najia

VERRES PROGRESSIFS + ANTIREFLETS

Oeil Droit : Verre neutre de loin, De près + 2,00

Oeil Gauche : (16° -0,50) -2,00 , Addition + 2,00

PD = 57.5 mm

Dr. LAMTIRI MOKRIM Laila  
OPHTHALMOLOGISTE  
Bd. Moulay Driss 1er Imm. 94  
Rez de Chaussée - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 51

# OPTIQUE ANGLE VISION

OPTICIEN

ISAAD NAJIA

CASABLANCA Le : 6/7/2023

**FACTURE N° :** 03292023

Désignations	P.U	PRIX TOTAL
Monture optique avec Dioptriques sur verre Anti Reflex Essilor Varilux		1000,-
od: Nentre ol: (16°-0,50) -2,00 Add: +2,00 OD U		3500,-
		<b>TOTAL</b> 4500,-

**Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille cinq cent dinars**

Optique Angle Vision  
OPTICIEN  
Place Hassan II - Casablanca  
Tél : 0522.93.22.99  
Fax : 0522.93.22.99  
E-mail : info@anglevision.ma  
Site : www.anglevision.ma