

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° W21-821894

A 81471

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 09736		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL HAROUCHI SOUAD
Nom & Prénom :		Date de naissance : 13.10.1969	
Adresse :			
Tél. : 06 6284 942		Total des frais engagés : 300 + 4 000 D.H Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	jr. Uniziane OUI - M ^{me} SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Al Fourat, n° 10 1 ^{er} étage Casablanca Marrakech Extension 2037
Date de consultation :	07/10/2023	Age :
Nom et prénom du malade :	EL HAROUCHI SOUAD	Le : 03 NOV. 2023
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Enfant
Nature de la maladie :	MUPRAS	
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
01/10/2023	CS		300,00	INP : 05M67122KAHA
				J.F. DULIZIAIRE SPECIALISTE DENTALOGISTE 39, RUE ALFOURAT, N° 10, 1er étage TEL: 05 55 22 22 70 - CASABLANCA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires .

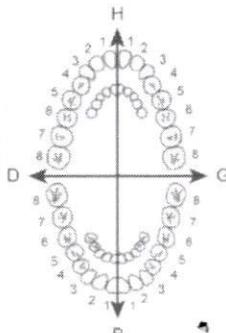
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTICIEN Opticien 89, Rue de l'Industrie Casablanca	2023/10/23					400,00

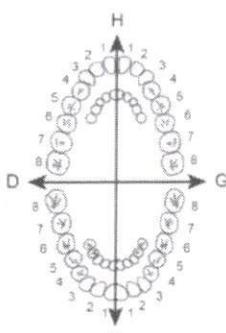
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	<p>• 1,5000</p> <p>• 1,4000</p> <p>• 1,3000</p> <p>• 1,2000</p> <p>• 1,1000</p> <p>• 1,0000</p> <p>• 0,9000</p> <p>• 0,8000</p> <p>• 0,7000</p> <p>• 0,6000</p> <p>• 0,5000</p> <p>• 0,4000</p> <p>• 0,3000</p> <p>• 0,2000</p> <p>• 0,1000</p> <p>• 0,0000</p>
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	



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



[Création, remont, adjonction]
 Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 07 octobre 2023

Mme EL HAROUCHI Souad

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis

VL : OD = - 0.75 (- 1.25 à 170°)

OG = - 1.00 (- 0.50 à 180°)

VP : ODG = Add : + 2.25

Jr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, N°10, 1er Etage
Maârif Extension 20370 - Casablanca
010 99999999 010 99999999

OPTIQUE CHERIFIENNE
Opticien - Optométriste
89, Rue Beni Mguild Casablanca, Tél. 0522 26 01 70 08 44

39، زنقة القرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N°10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بنى امكيد الدار البيضاء

الهاتف: 0661766644

N° 00221

OK ACTA CHTI 2 LANG

N° de nomenclature 45.1

Correspondant à la prescription N.P. *

LOIN	OD : 276-125-175 / OG : 11-95-180 /	PRES	OD : + 2,25 OG : + 2,25
------	--	------	----------------------------

FOURNITURE

1 Montures : 2 Paires

100.000 - 100.000

2 Verres : Progressif
Transitions AP

15.000 - 15.000
15.000 - 15.000

Total :

40.000 - 40.000

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : 25/11/2023

M/ou Mme :

EL HAROUCHI Soud

OPTIQUE CHTI
Opticien - Opticien
89, Rue Beni Niguid Hay
Casablanca - Tel: 06 61 76 66 66