

## 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

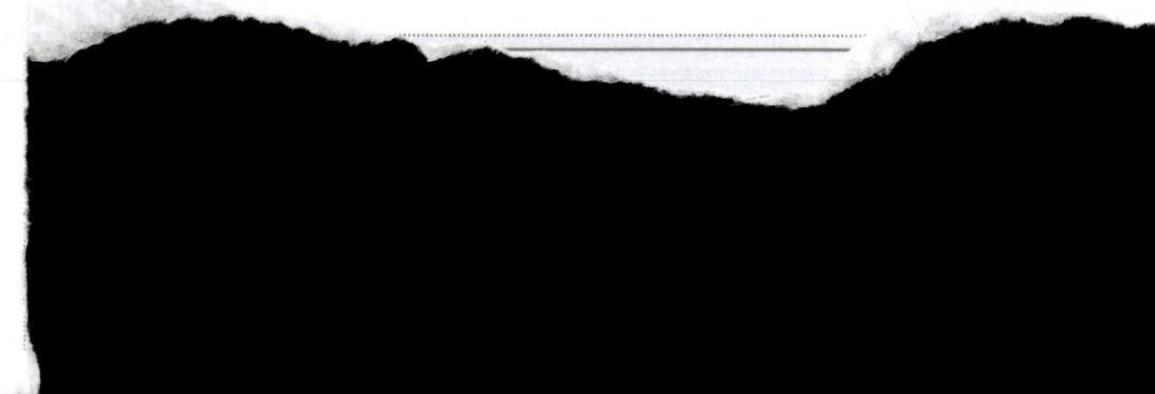
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W21-708158

<input type="checkbox"/> Maladie	11095	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule :	11095	Société :	RAH	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHANI MUSTAPHA	
Nom & Prénom :				
Date de naissance :	23/09/1975			
Adresse :	RSD el hamd E2, Rue 22, Hay el di Fak 3 Casab			
Tél. :	066 781 2469	Total des frais engagés :	2228,40 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
	DR JIHAD SAFAA OPTICAL MOLOGISTE. Angle bd Sidi aberrahamane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemmour). Entrée A. Apt 3, 2 ème étage. Casablanca / Tél: 05 22 09 87 57 / 06 14 38 07 28
	Date de consultation :
	15/11/2023
	Nom et prénom du malade :
	CHANI MUSTAPHA
	Lien de parenté :
	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
	<input type="checkbox"/> Conjoint
	Nature de la maladie :
	DGM
	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 : Casab
	Signature de l'adhérent(e) :
	Le : 22/11/2023



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
15/10/93	CS		250 DH	INP : 0912988307 DR. OPITAL NAMAN Angle bd Sidi aberrahmane et ex route d'azemmour Entrée A. Appt 15 eme etage El Manara / Tel 05 22 09 87 57 / 06 14 63 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>ARMAND ZIRAME</i>	<i>AF 11 2023</i>	<i>122,4-</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>Houcineddine Redouane</i> <del>Particien ANNAJAH</del> Moudibouketa Bloc 6 N°27 CASABLANCA	18/11/23					1800,-	

# 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"/>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: left;">G</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	B	00000000	G	35533411	H	35533411	G	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	G	21433552																	
	D	00000000	B	00000000																	
	B	00000000	G	35533411																	
	H	35533411	G	11433553																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Lunette ANNAJAH

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi  
 Bd. Moudiboukeita, Bloc G  
 N° 27 - Casablanca  
 Rég. Com N° : 352640  
 Patente N° : 36612796  
 I. F : 45525250  
 ICE : 000885051000058  
 GSM : 06.64.27.21.94



# نظارات النجاح

رcken الدين رضوان الإدريسي  
 شارع موديبو كيتا، بلوك ج  
 رقم 27 - الدار البيضاء  
 السجل التجاري : 352640  
 باتنا رقم : 36612796  
 الضريبة : 45525250  
 000885051000058 : ICE  
 06.64.27.21.94: المحمول

N° 0002150

Casablanca, le 18/11/2023.

M. Mr Chami Mustapha

Doit

Docteur Jihad Safaa

Nomenclature N°

VL OD : cyl VP sph +4,45 (-0,25-5°)

OG : cyl sph +4,75

VP OD : cyl sph

OG : cyl sph

Verres : organique AR pour VP 130,-

Montures: optique. 500,-

Facture arrêtée à la somme de : Hille Huit

Cent Dhs.

1800,-

Rokeneddine Redouane  
 Opticien ANNAJAH  
 Bd. Moudiboukeita Bloc "C" N°27  
 CASABLANCA

O

OG



Diplômée des universités de Tours -Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive)(DPC London-uk)  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

خريجة كلية الطب "تور" و "الدار البيضاء"  
الزرق-الساد-السكري-تصحيح النظر  
طبية سابقة 20-15 باريس  
طبية سابقة مستشفى الحسني

**15 novembre 2023**

**Mr CHAMI Mustapha**

Monture pour vision de près + verres correcteurs Antireflets

Vision de près :

OD = + 1.75 (- 0.25 à 5°)

OG = + 1.75

Rokneddine Redouane  
Opticien  
Bd. Moudoukeila Bloc C° N°27  
CASABLANCA

DR. JIHAD SAFAA  
OPHTHALMOLOGISTE.  
Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb  
(ex route d'azemour). Entrée A. Apt 3.2 eme étage.  
Casablanca / Tel 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

زاوية شارع سيد عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا ) ، مدخل أول الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberrahmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d'azemour). Entrée A. Apt 3.2 eme étage.

✉ cabinet.drjihad@gmail.com ☎ 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28

# Dr Jihad Safaa

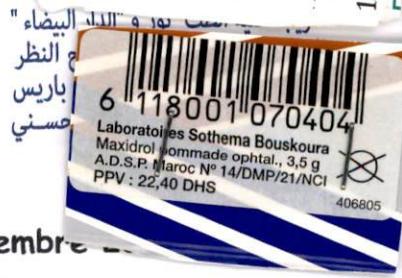
Ophthalmologiste



Diplômée des universités de Tours -Casablanca  
(Glaucome-Cataracte-Diabète-chirurgie réfractive) DPC London-uk  
Ancien médecin de l'hôpital XV-XX.Paris  
Ancien Médecin de l'hôpital Hassani

Distribué par  
**KEMIPHARM S.A.**  
P.I. de Bouskoura, lot N° 92,  
local N° : 15 - Maroc.

P.P.C.  
130 DHS



15 novembre

Mr CHAMI Mustapha

Bou N° 1

## POLYFRESH

1 goutte 2 fois par jour pd 3 mois

## MAXIDROL pommade

324/2

1 app le soir pd 15j

## COMPRESSES d eau tiede

1 application le soir sur les paupières avant la pommade , dans les deux yeux

200  
1  
N° 2. N° 0



زاوية شارع سيد عبد الرحمن و شارع عبد الهادي بوطالب (ازمور سابقا ) ، مدخل أول الطابق 2 . شقة 3

Angle bd Sidi aberra hmane et bd abdelhadi Boutaleb (ex route d azemour). Entrée A. Apt 3.2 eme étage.

cabinet.drjihad@gmail.com 05 22 09 87 57 / 06 14 33 07 28