

## 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° W19-577523

47658

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : MR 665

Société :

MUPRAS  
MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : ELI IDRISI

Date de naissance : 06/01/1971

Adresse : CASA

Tél. : 0661062069

Total des frais engagés : 1300,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAOUI  
Professeur en...  
Sise à 76 Boulev...

Date de consultation : 13/10/2020

Nom et prénom du malade :

KERCHOURB FAÏNAB

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ametropie

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 et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Yousra

Le : 13/10/2020

#### 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
11.31.2020	1101	2020 C 3	300.00	DR Professeur Abdellah Boumoumen Sise à 76 Boulevard Abdellah Boumoumen Résidence Boutoubia Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.46.00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

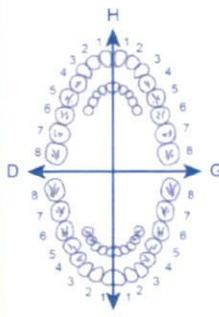
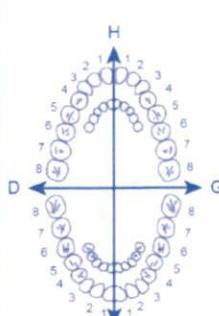
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>PTIC B B nuelle Bira N ue des Annais, Casab ai: 0522-22-50-20</i>	<i>10/10/20</i>					<i>1000,-</i>

## 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en ophthalmologie  
maladies et chirurgie des yeux  
Ex professeur à la faculté de médecine  
et de pharmacie de CASABLANCA  
Ex attaché au CHU de nantes (France)  
Agree en Médecine Aérospatiale  
microchirurgie de l'oeil  
strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - laser - lentilles de contact  
chirurgie réfractive

الأستاذة لعويسى. ن

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنانت ( فرنسا )  
جراحة الساد ( الجلة ) بالامواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le ..... 13/10/2020

KERCHOUB FAINAB

lunettes VL

OD ( 30° - 925 ) - 0,50

OG - 0,50

OPTIC BADR  
Nouvelle Bhirra N°55  
Rue des Anglais, Casa  
Tél: 0522.22.50.20

Dr. LAOUISSI  
Professeur de  
Sise à 76 Bd  
Résidence  
Casablanca - Tél.

## بنرات بذر



LUNETTES BADR OPTIC BADR R.C. 26016  
Nouvelle Bhirga PATENT  
Rue des Anglais Casablanca  
Tél: 0522-22-50-20

## Nouvelle Bhirat PATEL

Rue des Anglais Casablanca

Tel: 0522-22-50-20

PATENT

5 Casa

-50-20

Casablanca, le 10-11-2020 N° 003199

M. KERCHOURZ ZAINAB Doit

N° DE NORMENCLATURE CORRESPONDANTS A LA PRESCRIPTION DU Docteur .....	Vision de loin O.D. .... O.G. ....	Vision de Près O.D. .... O.G. ....	Progrissif O.D. .... O.G. ....	SUPPLEMENT
				

## FOURNITURES :

## Montures .....

→ P1: que

350-1

## Verres

organique A2

3P0-1

$$\text{J} (30^\circ - \alpha, \alpha) = 0.50$$

0.65 - 0.50

300-1

**OPTIC BADR**  
Nouvelle Bhira N°55  
Rue des Anglais, Casa  
Tél: 0522-22-50-20 TOTAL

Arrêté la présente Facture à la somme de :

middle duck 1000-1