

## 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

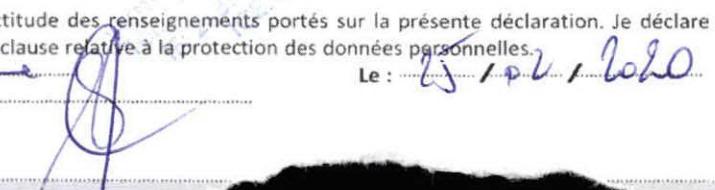
- Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08658			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : NAJI BARAE			
Date de naissance : 01/12/1978			
Adresse : Escalier 1A Youssef			
Tél. : 0691 145 149 Total des frais engagés : .....			
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : NAJI BARAE Age: .....			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Connection optique			
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 : 12/12/2020  
 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
25/02/20	CF		300 DH	INP : 02117247

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

X Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
QUE AL QUITTO	25/02/20					1000.00 DH
CHIEN OPTOMETRISTE						
195B/F INT'L 138 Hay My Rad						
TEL: 05-26-56-12-6						
1922073 TP.7730083						
448000001						

#### **VOLET ADHERENT**

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

Docteur DALI Hicham .

Ophthalmologiste

-Chirurgie de la cataracte (phako)  
-Strabisme - Glaucome - voies lacrymales  
-Angio laser - OCT - PENTACAM  
-Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer  
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de médecine de Rabat  
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الملاحة - المخول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

خريج كلية الطب بالرباط

المستشفى الجامعي ابن سينا

Laâyoune le 25/02/2020

NAJI BARAF

Motrice + Venes conclues  
Cordes bonnes

OD: +4,00 (-2,00 à 5°)

OS: +3,50 (-1,25 à 170°)

OPTIONAL OPTIQUE  
OPTICIEN PTOMÉTRISTE  
AV. DE SMOUA 15 B.F IMM.128  
HABIB YAHIA RACHID LAÂYOUNE  
TÉL: 05 28 98 12 84

E-mail: dr.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoir imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 31 31

ICE : 0019878000028

ملتقى شارع سمارا وشارع مروار عمارة السلام رقم 304

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

05 28 89 31 31

الهاتف: 0019878000028

Docteur DALI Hicham

Ophthalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - OCT - PENTACAM
- Femto Lasik ,Lasik, Laser excimer  
(Myopie, Hypermetropie, Astigmatisme)

Diplômé de faculté de médecine de Rabat  
CHU Avicenne



الدكتور دالي هشام

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الملاحة - المحول - مسالك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايزر

خريج كلية الطب بالرباط  
المستشفى الجامعي ابن سينا

Laâyoune le 25/02/2020

Je vois l'enfant NAJF BARAE  
présente un strabisme convergent  
associé à une amblyopie bilatérale  
qui nécessite un changement  
de confection optique régulier  
chaque 6 mois pour pouvoir  
continuer la rééducation de la  
amblyopie.

E-mail : d.dalihicham@gmail.com

Angle Bd Smara et Bd mezoïl Imm Salam N° 304

Bureau N° 3 au dessus du super marché wani - Laâyoune

Tél. : 05 28 89 31 31

ICE : 0019878000028

ملحق شارع سمارا وشارع مزارع عمارة طالسلا ( رقم 304 )

مكتب رقم 3 فوق المركز التجاري وني - العيون

الهاتف : 05 28 89 31 31

التعريف المشترك للمقاولات : 0019878000028

# OPTIQUE AL QODS

Avenue AL QODS N°5 Bloc F  
Imm 138 Moulay Rachid  
LAAYOUNE

E-mail: [optique.alqods@gmail.com](mailto:optique.alqods@gmail.com)

OPTIQUE AL QODS  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Av. Al Qods N°5B.F Imm.138 Hay Mly Rachid  
Laayoune TEL:05.28.98.12.84  
R.C 78162 / IF.24922073 TP 77300854  
ICE.002025148000001

INPE



025013806

BENEFICIERE :

NAJI BARAE

Libellé	Qté	MONTANT
Verre VL: UNIFOCAL, ORG AR Durci	2	700.00
Monture : IMMIGRANTE 7046	1	300.00

**TOTAL 1000.00**

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+4.00	-2.00	5°	
OG	+3.50	-1.25	170°	

**La présente facture est arrêtée à la somme de :**

MILLE DHS

Payé : Espèce

Avenue ALQODS N° 5 Bloc F Imm 138 Moulay Rachid, LAAYOUNE

Tél: 0528981284 GSM: 0670322945

RC: 78162 IF: 24922073

ICE: 002025148000001