

## 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° W21-614844

66843

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1113

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAZARI

BELGALEM

Date de naissance :

01-01-1954

Adresse :

Résidence ALHAYAT B6 - Ln 1bn KMDATA2 - Etap2.  
APT 5- BELGALEM - CASA

Tél. :

06 68 912 028

Total des frais engagés :

1100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. HASSAN ALAOUI M.D.  
Ophthalmologiste  
Anfa Rés. Casa  
Bd 79  
Rue Janir Benou Hayat  
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

5/4 2021

Nom et prénom du malade :

NAZARI BELGALEM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

CASA

Le : 05/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

NAZARI BELGALEM  
MUPRAS

Autorisation CNDP N° : 1-A-215/2019

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
5/4/2021	C	1	300,00	INP : 091006890 DU ALAOUI Maalouf Ante Chirurgien Dentiste Cisa Ante Bou Hayant

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTIVEUR Opticienne Optique Rue Ahmed Ould Bordeaux Verdun Tél/Fax: 05 22 27 33 18	21/04/2021	Monture 100,00	800,00	1500,00	1500,00	3800,00 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	INP : _____															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX _____															
	MONTANTS DES SOINS _____															
	DEBUT D'EXECUTION _____															
	FIN D'EXECUTION _____															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX _____															
	MONTANTS DES SOINS _____															
	DATE DU DEVIS _____															
	DATE DE L'EXECUTION _____															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

**Docteur FDILI ALAOUI M'hamed**  
Maladies & Chirurgie des Yeux

Maître ès Sciences Médicales  
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Interne du C.H.U de Grenoble (France)

Sur Rendez-vous



**الدكتور فضيلي علوي احمد**  
**طب و جراحة العيون**

أستاذ في العلوم الطبية

رئيس سابق بعيادة كلية الطب بكرنيل (فرنسا)  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي بديرونويل

بالموعد

Casablanca, le : 5/4/2021  
الدار البيضاء في :

NAZARI

Belga.com

Lunette:

New progressive  
photogray

Loi M' [ OD ]: 0 (-1 à 105°)  
[ OH ]: -1 (-0,5 à 90°)

PRES: OSL: add + 2,50

**OPTI VERDUN**  
Opticienne Optométriste  
Rue Ahmed Ouahbi N° 2  
Bordeaux Verdun Casablanca  
Tél/Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 67 80 94 48

Bd. d'Anfa en Face de la Commune Sidi Belyout,  
Rés. Casa-Anfa, 79, Angle Rue Jaber Bnou Hayane  
Casablanca - Tél.: 0522 48 41 18

Dr. FDILI ALAOUI Mhammed  
Optometriste  
Bd. Anfa Rés. Casa Anfa  
79 Rue Jaber Bnou Hayane  
Casablanca - Tél.: 0522 48 41 18

شارع انفلأ أمام جماعة سيدى بليوط، إقامة كازا-أنفا  
79، زاوية زنقة جابر ابن حيان - الدار البيضاء  
الهاتف: 0522 48 41 18



# OPTI VERDUN

## FACTURE

N° 008343

Date 12/04/2021

Mr. NAZARI Belgacem

Qté	Designation	Montant
1	monture	800,00
1	UV08 OD: + (-1.00 à 1.05)	1500,00
1	UV08 OD: -1.00 (-0.50 à 0.50) Add de +8,50	1500,00
	Herrres photochromique proq. Resif	
Total HT	5WPE10950073U3	
Total TTC	ICF001708989000085	3800,00 DT

Arrêté la présente facture à la somme de trois mille  
huit cent dix Dharsas