

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2576** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **HATLA Zoubair**

Date de naissance : **01/01/52**

Adresse : **citée d'jamaa Blc. 05 n°116 Casa**

Tél. : ..... Total des frais engagés : **1762** Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **11/11/2021**

Nom et prénom du malade : **Zoubair** Age : **69**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Allergie**

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/02/2021      | CS + P           |                       | 300 DT                          |  |
| 17/02/2021      | CS + P           |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fourisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE IBN ROUCHD</b><br>Mehdi BELAYACHI<br>55, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâa<br>Casablanca - Tél: 0522 37 07 06 | 16/02/2021 | 112,00                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien   | Date des<br>Soins | Nombre |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|------------------------------------|
|   |                   | AM     | PC | IM |                                    |
| OPTIQUE 6 NOVEMBRE<br>BOULEVARD 6 NOV 75<br>399 CASABLANCA<br>TEL : 0527 52-52-52 | 11/10/1975        | 21     |    |    | 13300                              |

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées                               | Nature des Soins                      | Coefficient |                         |
|------------------------------|--|---------------------------------------|-------------|-------------------------|
|                              |  |                                       |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |                                       |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |                                       |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                                       |             |                         |
|                              | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411        | G<br>21433552<br>00000000<br>11433553 | B           | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                              |  |                                       |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |  |                                       |             | DATE DU DEVIS           |
|                              |  |                                       |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Nizar Ouarrach

Ophtalmologiste



الدكتور نزار وراش

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Diplômé en Lasers de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2

Ancien médecin résident à l'Hôpital 20 Août

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم أشعة الليزر من جامعة بوردو (فرنسا)

طبيب مقيم سابقاً بمستشفى 20 غشت

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة بالصدى - جراحة مرض المياه الزرقاء (الضغط)

الحول - تصوير الأوعية الشبكية - سكتات العين

العدسات اللاصقة

### Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la Cataracte - Glaucome - Strabisme

Echographie - Angiographie - Laser - Pachymétrie

OCT-Topographie - Adaptation des lentilles de contact

Casablanca, le ..... 16. février. 2021 .....  
الدار البيضاء، في ...

Mr. HATLA Zoubair

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis

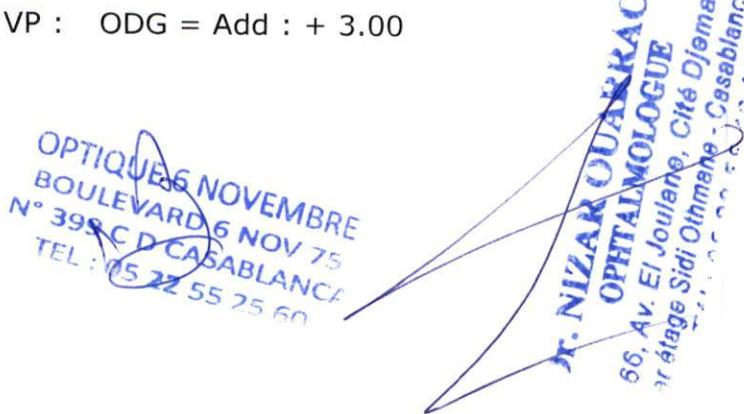
VL : OD = - 2.75 (- 0.75 à 75°)

OG = - 2.75 (- 0.50 à 90°)



2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 3.00



166، شارع الجولان، الطابق الأول، سيدى عثمان، الدار البيضاء / الهاتف : 05 22 56 46 60

166, Av El Joulane, 1<sup>er</sup> étage, Sidi Othmane, Casablanca / Tél : 05 22 56 46 60

# Optique 6 Novembre

Bd 6 Nov. 1975 N° 399  
 Cité Djemaâ (En Face Bain El Fen)  
 Patente : 33800095  
 R.C.: 259696  
 Tél.: 05 22 55 25 60  
 Casablanca



Ordonnance de Mr. le Docteur

Le 17/03/2021  
 M. Hafsa Zouhair

ICE:001822141000011

07652

Nizar Anzach.

| correspondants à la prescription<br>N° de Nomenclature | Loin | O.D. = | 508. |
|--|------|--------|------|
| D.F.   | Prés | O.G. = | 508. |
| O.D. =   |      | O.D. = | 507. |
| O.G. =   |      | O.G. = | 507. |

| FOURNITURES                   |  |         |
|-------------------------------|--|---------|
| Monture : <i>Metalique</i>    |  | 4.00 -  |
| Verres : V.L.                 |  |         |
| O.D. = <i>(75 - 07) - 275</i> |  | 4.00    |
| O.G. = <i>(90 - 05) - 275</i> |  |         |
| Mod. : <i>1 A.R. Ø 65</i>     |  | 2.00    |
| Monture : <i>Plastique</i>    |  |         |
| Verres : V.P.                 |  |         |
| O.D. = <i>(75 - 07) + 025</i> |  | 3.00 -  |
| O.G. = <i>(90 - 05) + 025</i> |  |         |
| Mod. : <i>1 A.R. Ø 65</i>     |  | 13.50 - |
| <b>TOTAL</b>                  |  |         |

La présente Facture est arrêtée à la somme de :

*Un mille huit cent  
vingt et un dirhams*

OPTIQUE 6 NOVEMBRE  
 BOULEVARD 6 NOV. 75  
 N° 399 C.D. CASABLANCA  
 TEL : 05 22 55 25 60