

## 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° W21-637308

25 Jh2

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 09817 Société : Ram

Actif       Pensionné(e)       Autre : M.A.D.Y.F Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663476448 Total des frais engagés : 3500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTHALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 CASA  
Tél / Fax 0522 27 60 61

Date de consultation : 12 JUIN 2021

Nom et prénom du malade : NADYF joJMANA Age: 41

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Oenose amelle

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 : 21/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : 



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

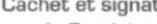
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes           |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12-06-2022      | CP                |                       | 3000                            | INP : 000000004795<br>Dr. BOURHARI MUS<br>Médecin à AMOLON<br>et à VILLE |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien   | Date des<br>Soins | Nombre                    |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|---------------------------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|   |                   | A M                       | P C | I M | I V |                                    |
|  |                   | Haut de 4<br>Vacc. contre |     |     |     | 3200,-                             |

#### **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 l'ODDF.

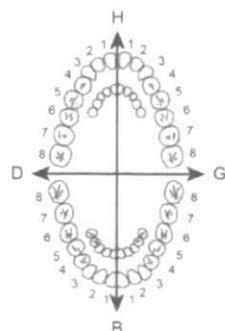
| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |                   |                     |             |                            |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

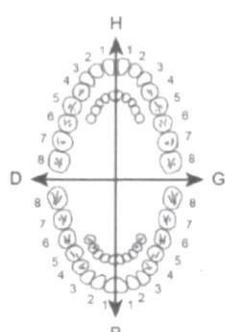
FIN  
D EXECUTION



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | B        |



#### **[Création, remont, adjonction]**

/ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mustapha AZHARI**

Spécialiste des Maladies  
et de la Chirurgie des Yeux  
Ancien Interne des hôpitaux  
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme  
Contactologie



الدكتور مصطفى أزهري

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللا صلبة

12 juin 2021

Casablanca, le .....

**Enf. NADYF JOUMANA**

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets multi-couches

OD = - 2.25 (- 0.50 à 95°)

OG = - 2.25 (- 0.50 à 140°)

Dr. AZHARI Mustapha  
CENTRE OPTIQUE  
JUVELLES  
ZOUAOURTOUNI  
0522245177 / 06514898

Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelloumen  
4ème Etage N°15 CASA  
Tél / Fax 0522276061

# Jumelles Optic Sarl

Casablanca: 15/06/2021

Enf: NADYF JOUMANA

Sur ordonnance du docteur : AZHARI MUSTAPHA

FACTURE N°:189/0021

|  | <b>Montant</b> |
|--|----------------|
| <b>Monture optique :</b>                                     | 1800.00        |
| <b>Verre droit :</b> Progressif organique antireflet aminci. | 700.00         |
| <b>Verre gauche :</b> Progressif organique antireflet aminci | 700.00         |
| <b>Total TTC :</b>   | 3200.00        |

Mode de paiement : espèce

Arrêtée la présente facture a la somme de : TROIS MILLE DEUX CENT DIRHAMS.



A handwritten signature "Jumelles Optic Sarl" is written over a blue circular stamp. The stamp contains the company name "JUMELLES OPTIC SARL" and the number "0522245170 000080120000054".