

## 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° W19-598762

9239h

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<i>Cadre réservé à l'adhérent (e)</i>			
Matricule : <b>3400</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HJYET ANDALOUSSI ISRAEL khAHIL</b>			
Date de naissance : <b>14. 10. 1960</b>			
Adresse : <b>T. N° 5 Almenia lot. Riyad el Andalous</b>			
Télé : <b>0661 181254</b>			
Télé : <b>405 Bd. Al Qods N° 7 Casablanca</b>			
Télé : <b>05 22 20 45 45</b>			
Totaux frais engagés : <b>4275 Dhs</b>			
<i>Cadre réservé au Médecin</i>			
Cachet du médecin :			
<b>16/10/2021</b>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <b>HJYET Andaloussi Agg</b>			
Age : <b>15 ans</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b>			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le **16/10/2021**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16.01. 10.01. 20.01.2013	CS cycle opératoire FS		350,00	NP : SAMI ALI BAKKIAA A.M.D. Hématologiste N° 7 Casablanca 06 73 98 1503

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAMANIEU	16/10/2011	2640

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

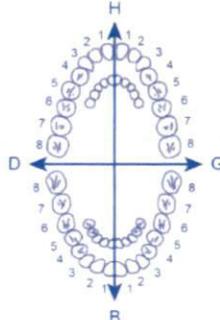
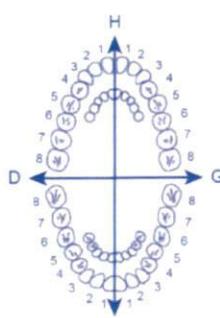
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participe	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	22/10/2024					39.000 DH

## **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

SGINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>	
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B B 11433553	Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>	
				Date de l'exécution <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج  
فوق الصوتية  
خطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - الحول  
تقسيم الرؤبة بالليزر - العدسات اللاستق

16 octobre 2021

Casablanca, Le .....

Mr. HJIYEJ ANDALOUSSI Aziz

1/ TOBREX COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 06 jours

26/10

دواء  
PHARMACIE MOURKIM  
60, Rue 30 - Mandarona Ain Chock  
Tél: 0522 21 39 7 - Casablanca

Dr. RAKKAA Amal  
Ophtalmologiste  
405 Bd. ALGERIE N°7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03



Tableau A (Liste I) - Unique sur ordonnance  
جنون (لذمة) - يصرف بوصفة طبية

شارع القدس - جزءة السكن الأنيق - إقامة الصفاء - عمارة 405 الطابق الأول الرقم 7 - II

Boulevard Al. Jods, Lot Assakane Alanik <Résidence ASSFAA> Immeuble 405, 1er Étage N°7 - Casablanca  
الهاتف : 06 73 98 15 03 / 0 5 22 52 66 77



- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

خطب الشبكية الوعائي

الليزر - الحول

نقوم الرؤية بالليزر - العدسات اللاستقعة

16 octobre 2021

Casablanca, Le .....

### Mr. HJIYEJ ANDALOUSSI Aziz

Monture + verres correcteurs  
Organiques

OD = + 1.50 (- 1.75 à 0°)

OG = + 1.50 (- 1.50 à 175°)



Dr. RAKKAA Aziz  
Ophtalmologiste  
405 Bd. Al Qods N°7 Casablanca  
Tél: 05 22 52 66 77 / 06 73 98 15 03

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji  
 Idrissia 1 - Casablanca  
 Tél. : 05 22 28 70 73  
 Fax : 05 22 80 18 36  
 Patente : 33664052  
 C.N.S.S : 23561145  
 R.C. : : 20 47 88

ICES 001823017000027

## FACTURE

N° 0009363

Casablanca, le

22/10/2021

Mr Hjijeyj ANDALoumi Azziz

O.D. = +1,30 (-1,70/-6,0)  
 O.G. = +1,30 (-1,70/-7,0)

ADD. =

ADD. =

Ordonnance du docteur

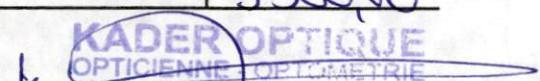
Anul RukkAA

NRS de nomenclature corespondants à la prescription	Loin { O.D. = ..... O.G. = .....	Prés { O.D. = ..... O.G. = .....	D.F. { O.D. = ..... O.G. = .....
---	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

FOURNITURE :			
Montures :	optiques	1600,00	1600,00
Verres :	ergonomique anti-reflets	1200x2	2400,00
		TOTAL :	3900,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

dix mille neuf  
cent dirhams

  
**KADER OPTIQUE**  
 OPTICIENNE OPTOMETRIE  
 404, AV. ABDELLAH SENHAJI IDRISIA 1  
 Tél: 0522 28 70 73 - Fax: 0522 80 18 36  
 Casablanca