

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-458477

95040

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	Actif	Société :	
466	<input type="checkbox"/>	Autre : <i>Retraité (RH)</i>	
Nom & Prénom : <i>Rami Abdellah</i>			
Date de naissance : <i>24/01/1929</i>			
Adresse : <i>2 Rue Driss Jazouli Casablanca</i>			
Tél. : <i>0566 133 21 87</i> Total des frais engagés : <i>3820,00 Dhs</i>			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :  15, Rue Kadi Izza Maârif - Casablanca Tel: 0522 99 01 84 Fax: 0522 99 01 84 INPE: 031113316			
Date de consultation : <i>02/11/2023</i>			
Nom et prénom du malade : <i>R.A.O. Opticien</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>affection canalaire</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>---</i>			
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 : *02/11/2023* Le : *02/11/2023*

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
02/11/2021	C	3000 DHS	INP : 091113016	DR Nezha M.D.

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA SOURCE Melle EL Mouloumimouna Docteur Aït Aissa Pharmacie 7, Rue Aït Aissa Errabouni, Casablanca Tél: 05 22 35 24 85	02/11/21	20 000 DH

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

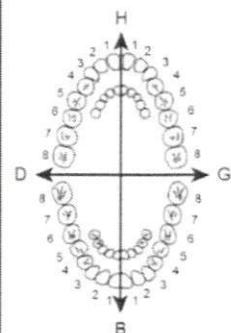
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

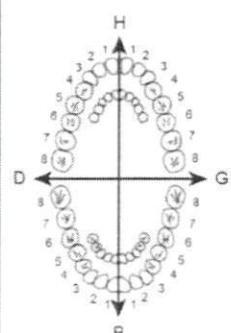
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
SOUADA Hay Hassani Hay Hassani Casablanca Tél: 022 93 83 71 Fax: 022 93 97 71 14/11/2021	05/11/2021					16500 DHS

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

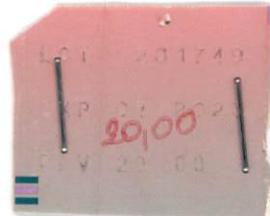
الدكتورة مياره نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le .....

02/11/2021

R.A.N.i Halima - Umo



connectol

100

1 goutte 3/5. P 10g.

20.0

PHARMACIE LA SOURCE  
Melle EL MOUADDEDE MOUNA  
Docteur et pharmacie  
7, Rue Ain Aït Abdoune, C.I.L  
Casablanca - Tel: 05 22 36 24 85





# SOUDA HAY HASSANI

16 Bd Afghanistan Hay Hassani Attaoune - Casablanca  
Tél : 05 22 93 83 71 - Fax : 05 22 90 74 15 - www.souda.ma

FACTURE N° : 101 181

Casablanca, le 05/11/2021

M

RAMI  
HALIMA  
Lina

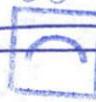
Par :

Désignation	Référence	Montant TTC
1 Monture de lunette 2 verre organique Simple foyer Anti- Reflet	plastique	500 dh
OD: -5,75 (-2,00 à 165°)	407	1500 dh
OS: -5,75 (-2,00 à 175°)	407	1500 dh
	Total TTC	3500 dh
Arrêté la présente Facture à la somme de :	Dont TVA à 20%	83,33

ICE:000037455000037

Cachet et signature

Responsable :



SOUDA Hay Hassani  
16 Bd Afghanistan  
Hay Hassani Casa  
Tel. 022 93 83 71  
Fax 022 90 74 15



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

الدكتورة مياره نزهه

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول

العدسات اللاصقة

Casablanca, le ..... 02/11/2011

R A N i H a l i m a - L i n a.

$\text{OD} = -5,75 (-2,00 \text{ à } 165^\circ)$

$\text{OG} = -5,75 (-2,00 \text{ à } 175^\circ)$





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

Casablanca, le ...

## الدكتورة ميارا نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة العول - العدسات الاصطناعية

24/12/2020

## CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné(e), Dr MIYARA , certifie que le (la) patient(e)  
RAMI Halima-Lina , nécessite un changement de dioptries de  
ses verres correcteurs.

Signature du médecin

