

## 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.

Nº W19-428261

103648

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 11448		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : KAYAR ICAMAL			
Date de naissance : 11-09-71			
Adresse : DAR BOUAFIA 22A			
Tél. : 0693358571		Total des frais engagés : 4800,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>Dr. Ilyas CHAFIK</b> OPHTHALMOLOGISTE Lot 51, Rue Yassine App. N° 6 Medina Arrahma 2013543	
Date de consultation : 07/02/2022	Nom et prénom du malade : AKBABA LAILA Age: 43 ans
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : CONJONCTIVE	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 FEV. 2022	
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'exhaustivité 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 : 19/02/2022  
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
07/02/2022	consultation		200.0H	INP : DR. ILYAS CHAFIK Ophtalmologiste INPE: 091236760

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE GHITA Opticien Optométriste N° 452 - Casablanca 05 22 60 34 32 GSM 06 49 M 97 85	12/02/2022					4500 Drs



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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	<input type="text"/>
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa  
Tél : 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
Patente : 32825428



# نظارات غيثة

اخصاصي في النظارات البصرية  
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1  
رقم 454 - الحي المحمدي  
الهاتف : 06 69 00 97 85  
05 22 60 34 39  
الباتننا : 32825428

N° 0000213

MOUSSAOUI Abdssamad  
INPE:095012357

Ordonnance de M. le Docteur: ILYAS GHAFFIK

N° DE nomenclature .....	
Correspondant à la prescription .....	
LOIN	O.D : +0,25 (-1,25 à 1,65) O.G : Plano (-1,75 à 1,80)
PRES	O.D : +1,1 - +1,85 O.G : Add = +1,25

## FOURNITURE

Monture : A citati .....

500 dh

Verres : Progressifs, Antiréflète, incassable  
ergonomiques .....

O.D: 2000 dh  
O.G: 2000 dh

Total : 4500 dh

OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste

Hakam 1, Bd Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre mille cinq cent dirhams  
Casablanca, le 12/02/2022  
M. ou Mme : AYABA LAILA

# Dr Ilyas CHAFIK

Spécialiste en Ophthalmologie



- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplômé de l'Université de Bretagne Occidentale (UBO)
- Membre de la Société Française d'Ophthalmologie (SFO)
- Membre de la Société Européenne de Chirurgie réfractive et de Cataracte (ESCRS)

الدكتور إلیاس شفیق

أخصائي في طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

خريج جامعة بريطانيا الغربية

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

عضو بالجمعية الأوروبية لجراحة

المياه البيضاء و تصحيح النظر

Casablanca, le 07 février 2022

Mme ARABA Laila

**OPTIQUE GHITA**  
*Opticien Optométriste*  
 Hakam 1, Bd Ibn Tachfine  
 № 452 - Casablanca  
 Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = + 0.25 (- 1.25 à 165°)

OG = Plan (- 1.75 à 180°)

VP : ODG = Add : + 1.25

**OPTIQUE GHITA**  
*Opticien Optométriste*  
 Hakam 1, Bd Ibn Tachfine  
 № 452 - Casablanca  
 Tél: 05 22 60 34 39-GSM: 06 69 00 97 85

**Dr. Ilyas CHAFIK**  
*Opticien Optométriste*  
 Lot. 51, 2ème étage, Appart. N° 6  
 Avenue Arrahma  
 Tél: 05 22 013 543

Appt N°6, 2ème étage, lotissement 51, Résidence Yasmine 10 Madinat ERRAHMA  
CASABLANCA - ICE : 002243410000065 - INPE : 091236760

Tél : 05 22 013 543 - GSM : 07 01 13 15 11 - E-mail : ilyaschafik@gmail.com

