

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

Reclamation : 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 à caractère 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 105761

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AIBOUDI

MAMOUN

MAMOUN

Date de naissance :

17/03/1961

Adresse :

Tél. : 066876913 Total des frais engagés : 24.26,62 Dhs

Autorisation CNOP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18 DEC 2021

Nom et prénom du malade : EL AIBOUDI I HANE

Age: 19ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Ocular

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 : 17/12/2021

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
8 DEC 2021	CS		250 JH	DR REGRAGUIN 05/12/2021 14:03 2251966

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A 3D coordinate system with three axes: H (up), D (left), and B (down). The axes are represented by arrows originating from a central point. The H-axis points upwards, the D-axis points to the left, and the B-axis points downwards.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Wafaa REGRAGUI

## SPÉCIALISTE EN MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX



Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses  
de l'université de Paris VII

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital du 20 août

Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane

Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS

Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme

Lentilles e contract - Maladies de la rétine

الدكتورة وفاء رگراڭي

طبيبة اختصاصية

في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم في تعفنات و التهابات العين من جامعة باريس VII

طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد

طبيبة العيون سابقة بمصحة الصisan الاجتماعي

جراحة الحالة - ضغط العين - طب الحال

مسالك الدموي - العدسات الاصنفية - أمراض الشبكية

لاتغيير لتاريخ الفحص

Casablanca 18 décembre 2021.....

Mlle ELAIBOUDI Imane

### 1/ SERUM PHYSIOLOGIQUE

1 lavage oculaire 2 fois par jour dans les deux yeux, pendant 15 jours

### 2/ ALLERGODIL 0.05%: COLLYRE

1 gouttes 2 fois par jour, , dans les deux yeux, pendant 1 Mo

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A.--  
21,rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 76DH60  
en solution

05 22 56 18 66 ، شارع أنوال - الطابق الأول - سيدى عثمان (فوق صيدلية مبروكة) - الهاتف:

180, Boulevard Anoual - 1er Etage - Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka) - Tél: 05 22 56 18 66

# Docteur Wafaa REGRAGUI

## SPÉCIALISTE EN MALADIE ET CHIRURGIE DES YEUX



Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca

Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses  
de l'université de Paris VII

Ex. médecin ophtalmologiste à l'Hôpital du 20 août

Ex. médecin ophtalmologiste à l'Hôpital Sidi Othmane

Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS

Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme

Lentilles e contract - Maladies de la rétine

الدكتورة وفاء رگراڭي  
طبيبة اختصاصية  
في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

دبلوم في تغففات و التهابات العين من جامعة باريس VII

طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت

طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد

طبيبة العيون سابقة بمصحة الضمان الاجتماعي

جراحة الجلالة - ضغط العين - طب المول

مسالك الدموي - العدسات الاصنف - أمراض الشبكية

لاتغير لتاريخ الفحص

Casablanca, le 18 décembre 2021.....

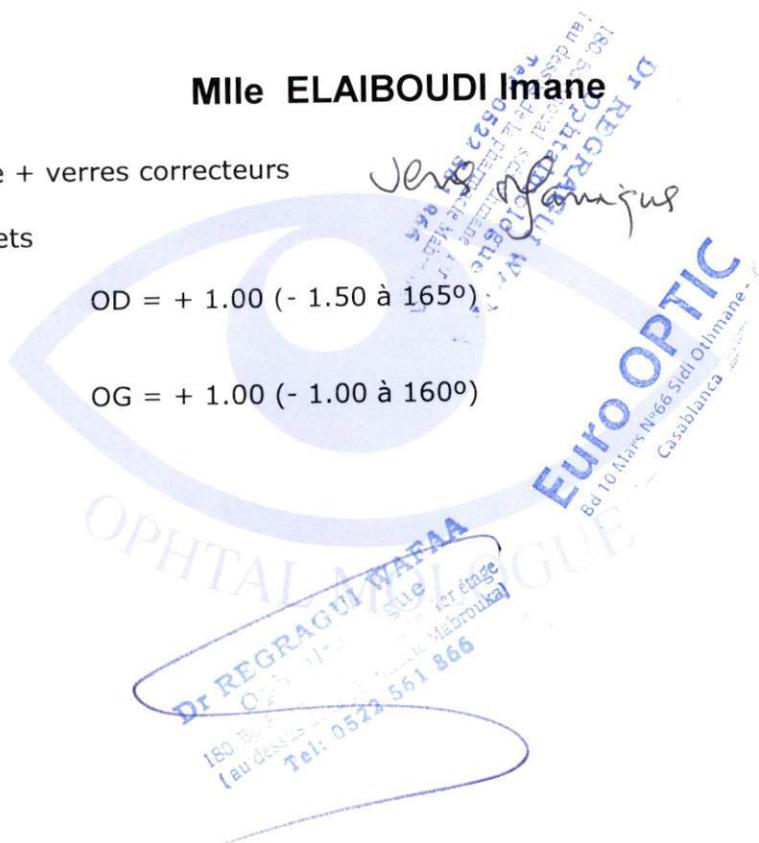
Mme ELAIBOUDI Imane

Monture + verres correcteurs

Antireflets

OD = + 1.00 (- 1.50 à 165°)

OG = + 1.00 (- 1.00 à 160°)



05 22 56 18 66 ، شارع أنوال - الطابق الأول - سيدى عثمان (فوق صيدلية مبروكة) - الهاتف:

180, Boulevard Anoual - 1er Etage - Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka) - Tél: 05 22 56 18 66

# EUROOPTIQUE

Bd. 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél.: 05 22 59 70 31

E-mail: Euro optique@hotmail.com

PATENTÉ : 37203164

Facture N° :

007706

Casablanca, Le 18.01.22

M. EL ABBOU M. Imane.

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur.....	O.D. 407 O.G. 407	O.D. .... O.G. ....	O.D. .... O.G. ....

FOURNITURES:

MONTURES:

D'OPTIQUE

800,

VERRES:

verres d'index 1.55

O.D. ....

+1 (-1,5 à 165°)

650

Vision de Loin

O.G. ....

+1 (-1 à 160°)

650,

O.D. ....

EuroOPTIC

Vision de Près

Bd 10 Mars N°66 Sidi Othmane

O.G. ....

Casablanca

TOTAL ..... 2100,-

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

Demande de remboursement