

## 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 séries.
- 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.

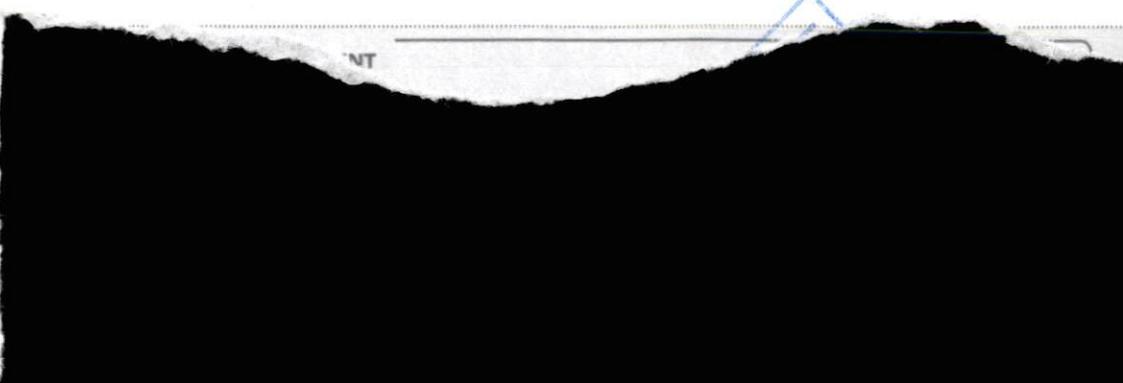
### Adresses Mails utiles

- 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.

Envoi

<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>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Cadre réservé à l'adhérent (e)</p> <p>Matricule : <b>9403</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Actif      <input type="checkbox"/> Pensionné(e)</p> <p>Nom &amp; Prénom : <b>BENLEMILIA YASSINE</b></p> <p>Date de naissance : <b>17/01/1973</b></p> <p>Adresse : <b>LOT CENTRAL PARC N°16 BOUSKOURA CASABLANCA</b></p> <p>Tél. : <b>06 63 608 602</b></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Société : <b>R.A.M</b></p> <p><input type="checkbox"/> Autre : <b>94401</b></p> <p>Total des frais engagés : _____ Dhs</p> </div> </div>			
<p><b>Cadre réservé au Médecin</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <b>Dr. Ghizlane OUAKACHA</b>  <b>SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE</b>  <b>39, Rue Al Fouat, n° 10, 1er Etage</b>  <b>Madif Extension 20370 - Casablanca</b>  <b>Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49</b> </div> <p>Date de consultation : <b>01/11/2021</b></p> <p>Nom et prénom du malade : <b>BENLEMILIA ADAM</b></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même      <input type="checkbox"/> Conjoint      <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <b>Diabète + Algo oculaire</b></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>			
<p>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.</p> <p>Fait à : <b>CAFSA</b></p> <p>Signature de l'adhérent(e) : </p> <p>Le : <b>01 / 11 / 2021</b></p>			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/11/2021	C.S.		2500 Dh	INP : 09M63122
				Dr. Ghizlane OUKACHA SPECIALISTE DENTAL MOLOGISTE 19, Rue Al Fouath n°10, 1er Etage 33120 Casablanca

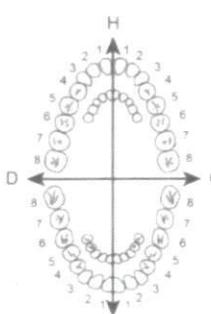
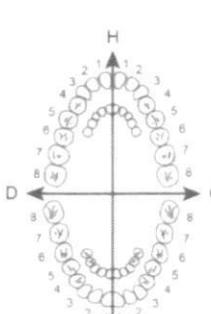
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formaticien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE CHAMZI EL ABBADINE</b> Souscription : 2021-01-01	01/01/21	165,50

# 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 style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b>															
	Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة، جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

01 novembre 2021

Casablanca, le .....

Mr. BENLEMLIH Adam

7500

1/ LEVOPHTA COLLYRE



3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

LOT/ عمار  
H6488  
تاريخ الاستهلاك 11-2020  
FAB/ تاريخ الإنتاج 10-2022  
EXPI/ تاريخ المعبأة

2023.6.2

9950

2/ XYZALL 5MG BTE 28CP



1 cp/j le soir au coucher, pendant 1 Mois

LEVOPHTA 0.05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

EXP 10.2024

PPV 90 50

16550

**PHARMACIE CHOKRA**  
Dr ZINE EL ABIDINE Zakia  
Dr ZINE EL ABIDINE Malek  
Km 14 Dourou Bouskoura Casablanca  
Bouskoura Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Dr. Ghizlane OUKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maârif extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39, زنقة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71