

# 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 longue durée 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 |

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricole : <b>1624</b>		
Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>AKRAM ABDELNAJID</b>		
Date de naissance : <b>24/10/1958</b>		
Adresse : <b>COT LA/NOUVE NR 460 CAZAA BLANCA</b>		
Tél. : <b>0522 93 20 94</b> Total des frais engagés : <b>4034,80 DT</b>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>Dr. HADDOUGUI Soukaina Ophtalmologie</b>	
Date de consultation : <b>10/05/2022</b>	
Nom et prénom du malade : <b>MOUEN ASNA épouse ABDAN Age: 64</b>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : <b>Améthopie + allergie</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'att. médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : **CASA** Le : **06/07/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **933**

### 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
16/05/2022	CS	3000 DT	3000 DT	INP : 0942805086 HADDOUGUI Soukaina Dentiste résident Universitaire international Dental Clinic

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMERIA Centre d'Aménagement H.H 4700 H Nancy Laymouna Lay Hassan Tél. 05 22 93 86 84 - Fax. 05 22 93 87 15 N° 1551866000678 - IF: 40155060	10.05.2022	234,80

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique RHOUNAÏM 30.6.2022					350000	

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				1111111

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

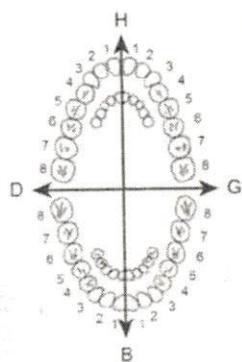
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

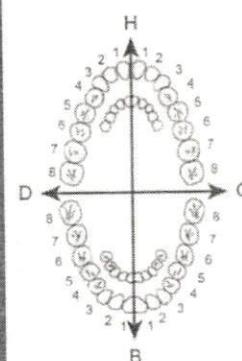
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



### D.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	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'EXE



## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le : 16/05/2021

Moumen ASNA



90,70

1) Opatanol S.V

1 goutte x 21g + 1 mois

144,10

2) Vismes

S.V

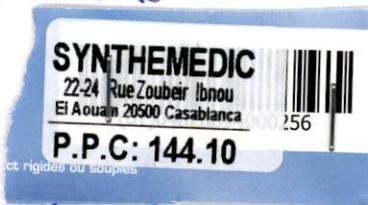
1 mois

234,80

1 goutte x 31g + 1 mois

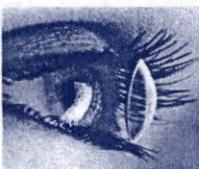
**PHARMACIE TILILA**  
voie d'aménagement Hay 47 N°H  
Hay Laymoun Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 001551566000078 - IF: 40155060

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa  
SAADOUNI SOKRATIA  
Médecin résident  
Orthopédiologie



# OPTIQUE RHOUNAÎM

119 Bis Av. Reda Gudira  
Djamâa - Casablanca  
Tél. : 05 22 59 63 27



# نظارات غونايم

119 مكرر شارع رضي اكديمة  
(النيل سابقا) قرية الجماعة - البيضاء  
الهاتف: 05 22 59 63 27

Nº 04648

Client : Mouad Nsra

Date : 30-06-2022

Docteur :

Nomenclature N :

VL. OD : cyl sph

OG : cyl sph

VP. OD : cyl sph

OG : cyl sph

Verres :

Monture :

TOTAL :

VL. N.3

(-0,45 - 155/143)

(-0,5 40)/101

101 2,71

00 + 2,71

V1CA, OKMA, A31.56, 2300ra

1200r00

3500r00

نظارات غونايم  
Optique RHOUNAÎM

119 مكرر شارع رضي اكديمة (النيل مسقا)  
قرية الجماعة - السدار البيضاء

## وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le 10 octobre 2022

HOUNET SOUKAINA  
Hounet université internationale cheikh Khalifa  
Dr. HOUNET SOUKAINA  
Médecin résidente  
Onnati amotou

Collection prévision de 2010/2011

$$\Rightarrow \text{Rain} = \Delta t^+ = +1,25 \text{ ( } -0,25 \text{ à } 1,25 \text{ )}$$

06° + 1,25 (-0,50 à 40°)

⇒ p̄s: Add +2, 7T SGD

avec matrice progressive  
anti-reflet

نظارات رونايم  
Optique RHOUNAIM  
مكرر شارع رضي اكبرة (الليل ميسقا)  
فرستة الجمامعة - السدار البيضاء  
119

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 56 018 / 2022 du 10/05/2022

Nom patient : **MOUMEN ASMA**

Entrée 10/05/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/05/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'OPHTALMOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**TROIS CENTS DIRHAMS**

**Total 300,00**

Encaissements						<b>Total encaissé</b>	<b>Solde</b>
							<b>300,00</b>

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax: 05 29 00 44 77  
E-mail: contact@fckm.hck.men.dz  
N°INP 090061862