

# 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



## Declaration de Maladie

N° W21-720832

123283

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : Ram.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : HASSAN MAJANE

Date de naissance : 15/05/1951

Adresse : 32, RUE DES BRUYERES MAARIF EX  
O. SARHOUN

Tél. : 0661460641 Total des frais engagés : 5080ht

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ghizlane OUKACH  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tél : 05 22 23 55 52 Fax : 05 22 23 55 49

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AMRANI Amine Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Amétropie

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

| RELEVÉ 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 |
| 21/06/2022                     | cs                |                       | 300 dh                          | INF: 09M64122                                                  |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                |

Dr. Ghizlane OUKACHI  
 SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
 39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage  
 Casablanca 20370 - Casablanca  
 06 22 23 55

Dr. Ghizlane OUKACH:  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGIST:  
39, Rue Al Fouta, n° 10, 1er Etage  
Maarif Extension 20370 - Casablanca  
Tél. : 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 40

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                        |            |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                        | Date       | Montant de la Facture |
|  | 27/06/2022 | 180,00                |

180,00

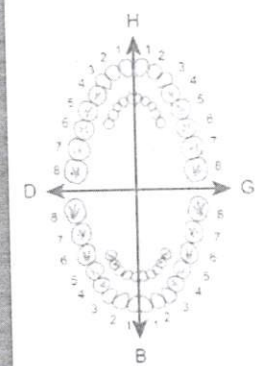
[illegible]Montant  
des Honoraires

| AUXILIAIRES MEDICAUX                                                                |                   |        |      |    |    |                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|------|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Particien                                                 | Date des<br>Soins | Nombre |      |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                                                                     |                   | AM     | PC   | IM | IV |                                    |
|  | 27.06/22          |        | ophy |    |    | 4600                               |
|                                                                                     |                   |        |      |    |    |                                    |
|                                                                                     |                   |        |      |    |    |                                    |
|                                                                                     |                   |        |      |    |    |                                    |

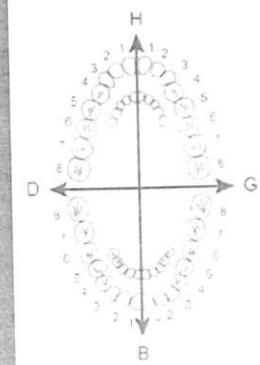
|                                                                                     |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Cachet et signature<br>du Particien                                                 | Date de<br>Soin |
|  | 27/06/2020      |

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

|             |
|-------------|
| FIN         |
| D'EXECUTION |



|                        |  |
|------------------------|--|
| DATE DE<br>L'EXECUTION |  |
|------------------------|--|



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

GHIZLANE

الدكتورة عوكشة غزلان



- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحق سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le .....27 juin 2022

Mme AMRANI Amina

1/ HYLOGEL

1 application 2 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois



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

39, زقاق الفرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

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

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

# LIBERTY VISION

PATENTE N°: 35800120

RC N°: 424500

10238037



PATENTE N°: 35800120

RC N°: 424500

40238037

CNSS 3327

Résidence El Yamama

107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)

Mâarif Casablanca

Patente N°: 35800120

Tél: 05 22 25 16 26

CNS إقامة اليمامة

ICE: 0018004/12000004

المعاريف الدار البيضاء

35800120 : البتانتا

N° 0026622

Docteur : *O. GHIZLANE*  
Mr. : *AMRANI AMINA*

## Nomenclature :

Montures :

VL :

VP :

Type de Verres :

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : *-* Cyl : *-* Sph : *+1.25 / 1.80*

OG : Axe : *-* Cyl : *-* Sph : *+1.25 / 1.80*

## VISION DE PRES :

OD : Axe : *-* Cyl : *-* Sph : *-*

OG : Axe : *-* Cyl : *-* Sph : *-*

Add : *+2.50*

Optic LIBERTY VISION  
Omniprisme Optométriste  
107, Bd Bir Anzarane (Ex Bd Raphaël)  
Al Yamama Casablanca

Tel: 05 22 25 16 26

TOTAL : *Signature M. Les Six Cash DRS*

Le : *21/4/12*



- 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 ملحقه سابقا بالمستشفيات الفر
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على الساقطة

Casablanca, le .....**27 juin 2022**

Mme AMRANI Amina

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 1.25

$$OG = +1.25$$

VP : ODG = Add : + 2.50

**Coptic LIBERTY VISION**  
Optician & Optometrist  
#102, Main Road, Exbury, Hants.  
Tel: 01994 761111

**Dr. Ghizlane GUKACHA**  
**SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE**  
39, Rue Al Fournat, N°10, 1er Etage  
Madrif Extension 20210 - Casablanca  
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39، نقطة الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

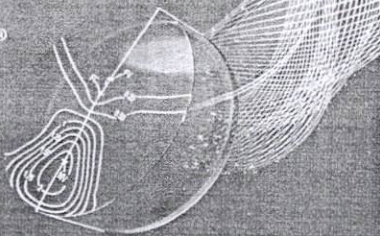
**39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N 10 Maârif extension, 20370 Casablanca**

✉ [droukachaghizlane@gmail.com](mailto:droukachaghizlane@gmail.com) / INPE 091167122

 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

**varilux®**

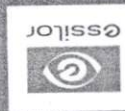
**MAÎTRISE  
INSTANTANÉE  
DE LA PRÉCISION**



## #1 DES VERRES PROGRESSIFS AU MONDE\*



Mieux  
Voir  
le Monde



VOIR PLUS.  
VIVRE PLUS.