

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10724	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MASSI B NOUZA			
Date de naissance : 31/05/1974			
Adresse : 201 route de l'horloge, 3ème étage, 20000 CASABLANCA			
Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	
	Date de consultation : 18/07/2022	
	Nom et prénom du malade : AMANTA YANZIS	Age:
	Lien de parenté : Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Affection durable	
	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 : 2022 Le : / /

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
18/07/2023 MES CASH	51		2000,00	<p style="text-align: center;">Mohammed Boudjellal, ca:</p> <p style="text-align: right;">INP: 1991039719</p> <p style="text-align: right;">Signature: [Signature]</p> <p style="text-align: right;">Médecin: [Signature]</p> <p style="text-align: right;">Date: 28/07/2023</p> <p style="text-align: right;">Montant: 2000,00</p> <p style="text-align: right;">Taux: 46,18 / 13,20</p> <p style="text-align: right;">TVA: 0,522,50</p> <p style="text-align: right;">TTC: 2.024,62</p> <p style="text-align: right;">Commission: 0,286,462</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourgeisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Changé - Casablanca</i>	<i>20/07/2022</i>	<i>1100,00 Dhs</i>
<i>PROJET OASIS Océanique - Option Détail Hôpital de Casablanca Tél: 0522 30 12 12 - Casablanca Fax: 0522 30 12 12 - Casablanca Mobile: 06 51 68 49 00</i>		
	<i>18/7/22</i>	<i>246,00</i>

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.													
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				INP : <input type="text"/>									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552											
D	00000000	00000000											
B	35533411	11433553											
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

# Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTHALMOLOGIE

(Maladies et Chirurgie des yeux)

Ancien interne de CRETEL: ANGIO-LASER  
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie  
de la fondation Rothschild-département

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

# الدكتور محمد شهبي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي ساينك بكريتاي و بالمركز الفرنسي للعيون  
15-20 و بمؤسسة جراحة العيون

روتشيل بباريس

الفرنسي للعيون

البلزيك

0958

18/07/2022

Gel Oph. Tube de 10g

par COOPER PHARMA

Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Distribué par COOPER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH

M AMAMA YANZ

## 1°) GEL LARME

1 app x/4/j pdt 03 mois

41, waf

S.V

A

PRO

PHARMACIE OULMÈS CASABLANCA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Dr. Mohammed CHAHBI  
Oculiste, Chirurgien,  
Dr. Chirurgien Panoramique, 2015  
Dr. Chirurgien Panoramique, 18/190  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/201  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/202  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/203  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/204  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/205  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/206  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/207  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/208  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/209  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/210  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/211  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/212  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/213  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/214  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/215  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/216  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/217  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/218  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/219  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/220  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/221  
Dr. Chirurgien Panoramique, 05/222

■ 544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc  
Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862  
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901  
+212 522 50 15 15 +212 522 29 66 00 00  
+212 522 86 46 18 +212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 19 +212 522 86 46 22  
+212 522 86 46 20 clinicoeil.californie@gmail.com  
www.clinic-oeil.com

## **Docteur Mohammed CHAHBI**

الدكتور مدهش شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية باريس

داخلي سابق بكريتاني و بالمركز الفرنسي للعيون

جراحة العيون 20-15 ومؤسسة جراحة العيون

روتشفیلڈ بپاریس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي

## **٦٦ خبير تصحيح البصر بالليزك**

d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Francaise des Yeux

18/07/2022

Enf. AMAMA YANES

$$\begin{cases} x = -1,6(-0,2x - 165) \\ y = -1,2(-0,2x - 5) \end{cases}$$

**DR. CHAHBI Mohammed**  
Ophthalmologist, California,  
Boulevard Panoramique, Casablanca 16 / 18-20  
Tel.: 05 22 88 48 00 - 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 66 00 22 88 45 21

~~PROJECT VISION~~  
Société d'ingénierie et de conseil en informatique  
Tunisie - Casablanca - Dakar - Abidjan - Côte d'Ivoire  
187 930 / 06 61 68 49 04



مصحة العين  
CLINIQUE DE L'OEIL  
California

 544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc

+212 522 29 66 00 / 60

Patente N° : 34082698 - Identifiant Fiscal N° : 37521862

+212 522 86 46 21

Patente N° : 34682098 - Identifiant Fiscal N° : 37521662

+212 522 86 46 19

ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 86 46 20 | [www.clinic-oeil.com](http://www.clinic-oeil.com)

# Project Vision



53, Boulevard de Bordeaux, Sidi Belyout  
 Casablanca, 20000  
 +212 (0)522 48 79 30  
 +212 (0)621 60 60 19

# Facture

DATE: 20-07-2022  
 facture # 202207201221

Facturer à :

AMAMA YANIS

DESCRIPTION	Quantité	P.U/TTC	Prix Total TTC
Monture optique	1.00	400.00 MAD	400.00 MAD
Verres correcteurs	2.00	350.00 MAD	700.00 MAD
OD: -1.50 (-0.75 à 165)			
OG: -1.25 (-0.75 à 5)			

Règlement par virement sur le compte bancaire suivant :	Montant HT	916.67 MAD
Banque: AttijariWafa Bank Casa Ziraoui	% TVA	20.00%
Numéro de compte: 007 780 000 769 5000 000 083 42	Montant TVA	183.33 MAD
Nom du propriétaire du compte: Project Vision	Autre	0.00 MAD
Code BIC/SWIFT: BCMAMAMC	TOTAL TTC	1 100.00 MAD

Montant Total à payer à l'ordre de Project Vision :

Mille cents dirhams

Mode de paiement :

Especie