

# 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.

130601

|                                  |  |   |                                 |
|----------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |  |   |                                 |
| Matricule                        | 1719   | Société                                     |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            |                                 |
| Nom & Prénom :                   |  | HAYAUI MECHOURI Azeddine                    |                                 |
| Date de naissance :              |  | 26-01-1955                                  |                                 |
| Adresse :                        |  | 65 Rue Nasruda Hay Fouali, Bd Ibnou         |                                 |
| Tél. :                           | 0663171062                                       | Total des frais engagés :                   | 3275,70 Dhs                     |

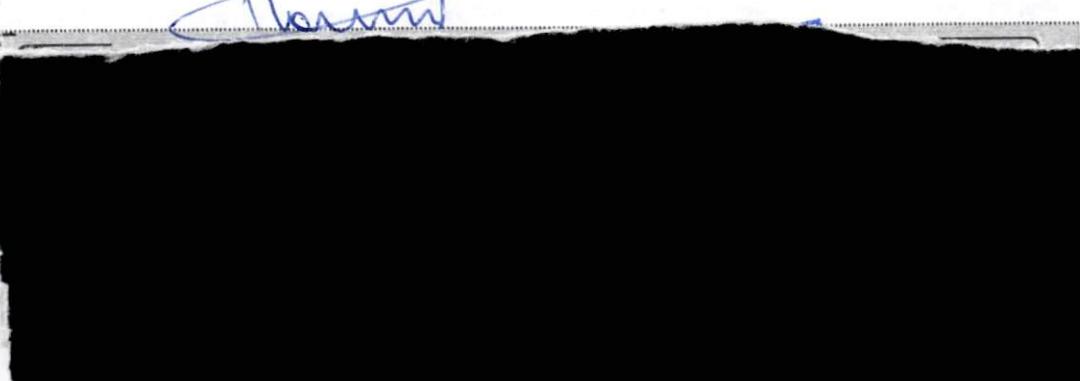
Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

|   |
|---|
| Cadre réservé au Médecin  |
| Cachet du médecin :   |
|    |
| Date de consultation :  |
| 13/09/2012  |
| Nom et prénom du malade :   |
| Hayoui Mechkouri Azeddine   |
| Age :   |
| 57  |
| Lien de parenté :   |
| <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant   |
| Nature de la maladie :  |
| Affection oculaire  |
| 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 : 11/09/2012

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date           | Montant de la Facture |
|---|----------------|-----------------------|
| <i>pharmacie des Gébelins<br/>Elmaïd<br/>Abder Ibn<br/>Belyoussi<br/>220,73,33 / 0522</i> | <i>13-8-22</i> | <i>75,-f0</i>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXiliaires médicaux

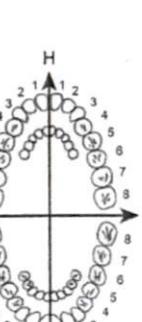
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| DUQUEM OPTICIEN<br>OPTOMETRISTE     | 22/09/2022        |        |     |     |     | 2900.00                            |

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins          | Coefficient | INP : <input type="text"/>                      |
|--|--|---------------------------|-------------|---|
|   |  |                           |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  |                           |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS      |
|  |  |                           |             | <input type="text"/><br>DEBUT D'EXECUTION       |
|  |  |                           |             | <input type="text"/><br>FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                           |             |   |
|  | H<br>25533412<br>00000000  | G<br>21433552<br>00000000 |             | <input type="text"/><br>COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | D<br>00000000<br>35533411  | G<br>00000000<br>11433553 |             | <input type="text"/><br>MONTANTS DES SOINS      |
|  | B<br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |             | <input type="text"/><br>DATE DU DEVIS           |
|  |  |                           |             | <input type="text"/><br>DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Oumaïma Achagras**

**OPHTHALMOLOGIST**

Spécialiste des Malades  
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Yeux

Chirurgie du Strabisme

Chirurgie de la Cataracte

Diplômée des Universités de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h

Sur Rendez - vous



EXP 01/2024  
Feb 01/2022  
Lot 216197  
الرقم: 63017 - 12  
العنوان: 12, rue Louis Blériot - 69017 LYON FRANCE  
النوع: LABORATOIRES THEA  
التصنيع: 12, rue Louis Blériot - 69017 LYON FRANCE

**الدكتورة أميمة أشغرى**

**اختصاصية في أمراض وجراحة العيون**

**تجميل و أمراض الجفن**

**طب وجراحة الحول**

**خريجة جامعة باريس**

**الاستقبال: 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال  
بالموعد**

Casablanca, le ..... 13/09/2022

Monsieur HAYANI MECHKOUR/ Azzeddine

LUNETTES PROGRESSIFS Organiques TRANSITIONS

Oeil Droit : -1,50 (-0,75) à 110° , Addition + 3,00

Oeil Gauche : -0,50 (-0,75) à 55° , Addition + 3,00

AMINCIS

ANTI-REFLET

MONTURE+VERRES

OPTIQUE MILLE FOUR CENT  
OPTICIEN  
OPTOMETRISTE

**Dr. ACHAGRA OUMAIMA**  
**Maladies et Chirurgie des Yeux**  
**10, Bd. Mohammed V - Casablanca**  
**Tél : 27 66 77**

**En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96**

39، شارع محمد الخامس - قرب سينما أ.ب.س. - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail : cabinetdocteurachagra@gmail.com : البريد الإلكتروني



**Optique 1000%**

Opticien - Optométriste

Date

22 / 09 / 2022

# FACTURE

Mr: HAYANI MECHKOURT Azzeddine .  
Docteur: Dr. Azzeddine ACHAGRA .

2 Types des Verres :

Progressif Optika

Azur' AR

Optique

1500,00

Monture :

Vision de Loin :

OD Axe 110 Cyl -0,75 Sph +1,50 700,00

OD Axe 55 Cyl -0,75 Sph -0,50 700,00

Vision de Prés :

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

OD Axe ..... Cyl ..... Sph .....

Add : +3,00

Montant : ..... 2900,00

Arretée la présente Facture à la somme de :

Deux mille Neuf Cent Dirhams

N° 425 Centre - Ville Bd Anglais - Casablanca  
ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426  
T.P : 023451 - PATENTE : 30057211