

# 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  |
| □ 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

133438

**Déclaration de Maladie : N° S19-0002338**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11107

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : N.HAILA KHALID Date de naissance : 07/12/1974

Adresse : BL 42 NR 48 Sidi OTHMANE Casablanca

Tél. : 06 67 63 75 93 Total des frais engagés : 1400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

ACCUEIL	MUPRAS
17 OCT 2018	23 OCT 2018

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : N'haila Amira Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H. HAKANI 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 :

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
23.08.2022	Csg + hau kto = Fond d'acte P		500 dtg	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Euro Optique 10 Mars N° 66 Sidi Othmane rue café Haouzia) - Casablanca tel: 05 22 59 70 31 GSM: 06 66 21 97 31	25/08/2022					1100,00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# EURO OPTIQUE

Bd. 10 Mars N°66 Sidi Othmane Casablanca Tél: 05 22 59 70 31  
 E-mail: Euro optique@hotmail.com

PATENTE : 37203164

Facture N°: 0002779

Casablanca, Le 25.08.22

M. NHAILA Amira

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur.....	O.D. 10,4 O.G. 10,4	O.D..... O.G.....	O.D..... O.G.....

FOURNITURES:

MONTURES: optic 1. 600,00

VERRES: lunettes organiques Amira

O.D.: - 0,50 (- 0,25 + 130) 1. 400,00

Vision de Loin

O.G.: - 0,25 (- 0,25 = 180) 1. 400,00

O.D.: .....  
 Vision de Près .....  
 O.G.: .....  
 EURO OPTIQUE

Bd 10 Mars N°66 Sidi Othmane  
 (près Café Macchia) - Casablanca  
 Tel: 05 22 59 70 31 GSM: 06 66 21 97 31

TOTAL 1400,00

Arrêtée de la présente facture à la somme de :

m. Mr. Ghache cast



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Docteur Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

## الدكتورة ميارا نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة حول

العدسات اللاصقة

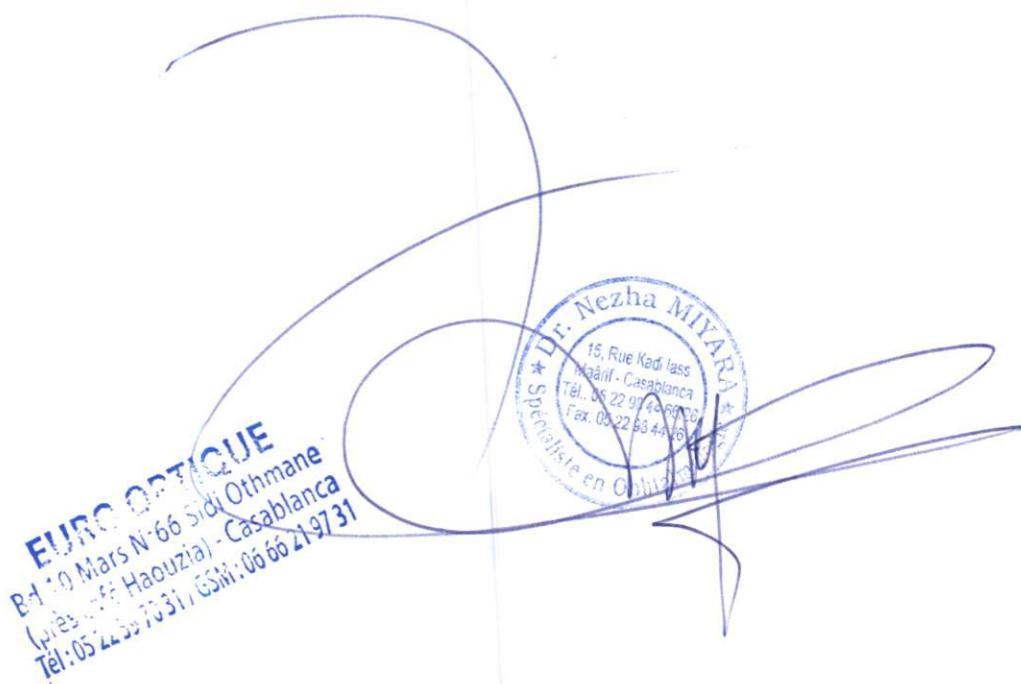
23 août 2022

Enf. NHAILA Amira

Monture + verres correcteurs  
Organiques

OD = - 0.50 (- 0.25 à 130°)

OG = - 0.25 (- 0.25 à 180°)





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

**Dr. Nezha MIYARA**

Ophthalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

**الدكتورة مياره نزهة**

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة حول

العدسات اللاصقة

Casablanca, le ... 23.03.2012 .....

## COMPTE RENDU

Le fond de l'œil de LEBBAR Amir a objectivé:

- une papille d'aspect normal;
- une macula normale;
- une bonne vascularisation rétinienne;
- une rétine en place.

Au total: le fond d'œil est strictement normal.





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

**Dr. Nezha MIYARA**

*Ophtalmologie pédiatrique*

*Chirurgie du strabisme*

*Lentilles de contact*

**الدكتورة مياره نزهه**

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة حول

العدسات اللاصقة

Casablanca, le ..... 23 août 2022 .....

..... **Enf. NHAILA Amira**

## **CORRECTOL**

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Docteur Abderrahmane RAISS

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

الدكتورة مياره نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة حول

الدسات الالكترونية

**Reçu de caisse N° : 281474976737107**

Casablanca, le .....

chaimaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT22063012190 4	NHAILA Amira	23/08/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Carte Bancaire	CS+K10	500,00
Reçu établi par :	Total payé	500,00

