

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS

### 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.

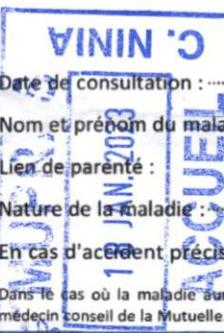
**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº W21-771762

ND  
145745

|  |                                       |   |                                 |
|--|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)  |                                       |   |                                 |
| Matricule :  | 09675                                 | Société :                                   | (AN)                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif  | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | Autre :                                     | SALHI, FAIYNE                   |
| Nom & Prénom :   |                                       |   |                                 |
| Date de naissance :  |                                       |   |                                 |
| Adresse :  |                                       |   |                                 |
| Télé. :  | 0661311349                            | Total des frais engagés :                   | 800 + 100 Dhs                   |
| Cadre réservé au Médecin   |                                       |   |                                 |
| Cachet du médecin :<br><br>Date de consultation : 01/12/2021<br>Nom et prénom du malade : SALHI, FAIYNE<br>Lien de parenté :<br><input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br>Nature de la maladie : Appendite et cycloptile<br>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :<br>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.<br>Fait à : Casablanca<br>Signature de l'adhérent(e) : <br>Le : 03/12/2021   |                                       |   |                                 |

#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/11/21        | CS                |                       | 3000 DR                         | INP : 091161122   |
| 22/11/21        | T                 |                       | 7500 DR                         | Christiane OUAKAFA,<br>SPECIALISTE OPHTHALMOLOGISTE,<br>39, RUE AL FOUDJAT N° 10, 1er étage<br>Casablanca - Maroc, 20370 - Casablanca<br>Téléphone : +212 22 23 55 08 |
|                 | Fo (ks)           |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIographies**

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien                 | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|   |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| <del>ABZN<br/>Rue Bachir Laalej<br/>ASAN'ANCA</del> | 03/02/2022        |        |     |     |     | 640,00                             |

INPE-065528A78

## **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 ins

...as de prouesses ou de traitement cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES |  | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/>                          |
|-----------------|--|----------------|------------------|-------------|---|
|                 |  |                |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> |
|                 |  |                |                  |             | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>      |
|                 |  |                |                  |             | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>       |
|                 |  |                |                  |             | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>         |
|                 |  |                |                  |             |   |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | T        |

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- 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 بياري
- اختصاصية ملحقة سابقاً بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة. جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكة
- مرخصة لاعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le ..... 23 décembre 2022

Enf. SALHI Ghita

Monture + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis

OD = - 1.50 (- 1.50 à 180°)

OG = - 1.50 (- 1.75 à 180°)

AB2N  
1, Rue Bachir Laalej  
CASABLANCA

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

39, نهر الفرات - الطابق الأول، رقم 10 المعارض 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1<sup>er</sup> étage, N10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

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

# NADARI

# Facture

Client : Salhi Ghita  
Mobile : +212665300097

23/12/2022

N° Facture : #012392

|                  | Oeil droit | Oeil gauche |
|------------------|------------|-------------|
| SPHÈRE           | -1.5       | -1.5        |
| CYLINDRE         | -1.5       | -1.75       |
| AXE              | 180        | 180         |
| ADDITION         |            |             |
| ECART PUPILLAIRE |            |             |
| HAUTEUR          |            |             |

| Produit   | Quantité | P.U (DHS) | Total TTCs (DHS) |
|---|----------|-----------|------------------|
| Monture   | 1        | 200.00    | 200.00           |
| Vision de près / loin   Standard   Anti-lumière bleue + Anti-reflet |          |           | 440.00 DHS       |
| Sous-total HT   |          |           | 533.33 DHS       |
| TOTAL TTC   |          |           | 640.00 DHS       |

AB2N  
7, Rue Bachir Laalej  
CASABLANCA

Adresse : 7 rue Bachir Laalej, Derb Ghallef / Av. Abdelmoumen

Tél : +212 6 69 71 53 10 | +212 6 69 90 32 06 | Email: contact@nadaristore.com

NADARI (AB2N) IF : 47317816 | RC : 482035 | PATENTE : 34750751 | ICE : 002641370000029