

## 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.

N° W21-691152

165235

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5630	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AKAZDEM Abdellah			
Date de naissance : 01.01.1959			
Adresse : HAY EHRIFA Rue 01 APIT 07 INT 142			
Tél. : 0665713361	Total des frais engagés : 3950 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr Hind Kharbouchi - Chirurgien - 2 Avenue Al Maïdha - Casablanca - Angle Bd. Zine El Abidine et Bd. Hassan II - 10000 Casablanca			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : AKAZDEM Abdellah Age : 49			
Lien de parenté : <input checked="" 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

### 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
01/01/2014	G		2500 Dh	INP : INPE 091165993 <i>Dr. Hana Knarbouch Joundy Ophthalmologiste Angie dd 2 Mars Et Rd. Qod. Al Majd Imm. Y, N° 1 Télé: 0522 50 20 20</i>

### 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

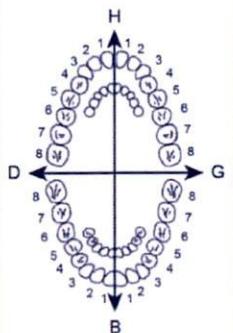
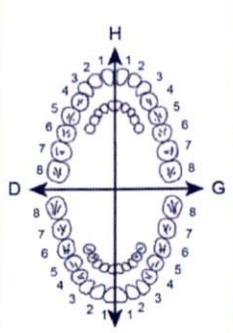
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>PTICALS CITY OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rés. Les Héritiers El Moudaw Alg. Bd Dikhia Et Al Qods Tél: 0613 13 89 99 / 0522 50 20</i>	13/01/2014					37000 Dh

### 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	INP : [ ]
				
				Coefficient des travaux [ ]
				Montants des soins [ ]
				Début d'exécution [ ]
				Fin d'exécution [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	D	00000000	00000000	
		35533411	11433553	
	B			
				Coefficient des travaux [ ]
				Montants des soins [ ]
				Date du devis [ ]
				Date de l'exécution [ ]

[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

Dr Hind KHARBOUCH

Spécialiste en Ophthalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet  
**Ophthalmologie**

د. هند خربوش

الختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة والليزر

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

Casablanca le : ..... 07 juin 2023 .....

Mr AKOZDEM ABDELLAH

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques, Antireflets Amincis

VL : OD = + 4.25 (- 2.25 à 109°)

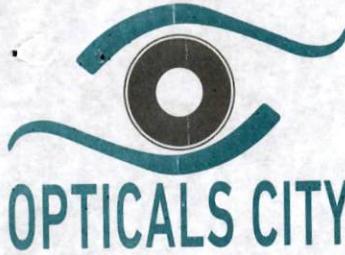
OG = + 4.25 (- 2.25 à 84°)

**OPTICALS CITY**  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
1, Res. Les Rosiers I - Bd. Majd Imm. 1  
Angle Bd. 2 Mars & Bd. Al Qods  
Residence Al Majd Imm. 1 N°4  
Tél : 0013 13 89 99 / 0013 13 26 27

VP : ODG = Add : + 2.50

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة العرش، بحارة I ، رقم 1 ، عين الشق - الدار البيضاء  
Angle Bd. 2 Mars & Bd Al Qods, Resdence Al Majd Imm I - N°1, Ain Chock - Casablanca  
INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr\_kharbouch@hotmail.com

Dr. Hind Kharbouch Jourdy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars & Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. 1 N°4



**OPTICALS CITY**

Facture N° :

**N° 000215**

Casablanca, Le : **13/06/23**

M. Akozdem Abdellah

N° de nomenclature	Vision de Loin	Vision de près	Double Foyer PROGRESSIF
Corresponds à La prescription du Docteur	O.D - O.G -	O.D - O.G -	O.D <b>L31</b> O.G <b>L31</b>

### FOURNITURES :

MONTURES :

*optique*

**1**

*700 Dh*

VERRES :

*organiques progressifs*

Vision de Loin :

O.D : *+4,25 (-2,25 -105)*

**1**

*1500 Dh*

O.G : *+4,25 (-2,25 -84)*

**1**

*1500 Dh*

Vision de près : *+2,50*

O.D :

O.G :

**TOTAL :**

*3700 Dh*

**OPTICALS CITY**  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
1 RES. Les Rosiers ETG Mag Appi. 34  
Ang Bd Dakhla ET ALQODS  
Tél. 06 13 89 99 / 0522 89 89 89

Arrêtée de la présente facture à la somme de : *Trois mille sept cent DH*

1 RES LES ROSIERS ETG MAG APT 34 ANG BD DAKHLA ET ALQODS - Tél: 05 22 50 20 20 - GSM: 06 13 13 89 99

IF : 25 00 58 35 / ICE : 001988163000078 - RC : 392701 - Patente : 34092528