

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

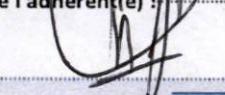
N° W21-828169

187052

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	5955	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	EN RAM
Nom & Prénom :		SMD MOUHAMAD	
Date de naissance :		26.11.66	
Adresse :		HAZIET ELL	
Tél. : 06.61.171777		Total des frais engagés : 1300 Dhs	

Autorisation CNDP n° : A-A-215/2019

Cadre réservé au <b>DR CHAKIB MARRAKCHI</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> <b>Maladies et Chirurgie des yeux</b> <b>320, bd Zerkouni - Casablanca</b> <b>Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Mouhajir Amal
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Migraine
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 28. Nov. 2023  
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
28 NOV 2023	CS		300	INP : 091097724  Dr CHAKIB MARRAKCHI OPHTHALMOLOGISTE Maladies & Chirurgie

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
DEN OPTIQUE SA Opticien Opto Contactologue ots El Beyoun Rés. El Fath n°4 bourgogne Casab - Tél 05 22 36 20 05 1997	1997			7+V		1000.00 MF	

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE

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 : <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COCoeffICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </td> <td style="text-align: left;"> </td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
		00000000	00000000																
	D	00000000	00000000																
		35533411	11433553																
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Docteur Marrakchi Chakib  
Ophthalmologiste

الدكتور شيكيب المراكشي  
اختصاصي

في أمراض وجراحة العينين  
خرج كلية الطب بشرلور فرنسا

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplomé de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Laser - Angiographie - Lentilles de contact  
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

CASABLANCA, le

28 NOV 2023

NOUHASIR ANAS

Frontale + V. Cœteaux  
filtre Bleu 9+10  
OD :  $(65^\circ - 0,50) - 0,25$   
OG : - 0,50

~~ADEN OPTIQUE SARL~~  
~~Optique Optique et Contactologue~~  
~~1000 Beyrouth Rés. El Fath n° 4~~  
~~Tel 01 36 22 22 22 Tel 05 22 36 29 05~~

Affergo Co 1000  
1 J He x 3 J → Sub le fl

320, Boulevard ZERKOUNI. 1er ET. CASABLANCA  
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.88

Dr CHAKIB MARRAKCHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Malades et Chirurgie des yeux  
320, bd Zerkouni Casablanca  
Tél. : 0522.22.60.85 / 0522.47.57.60



M. ANAS MOUHAJIR

**FACTURE N° : F115081**

Date : 01/12/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
2	VER	VERRES ORGANIQUE ANTIREFLET	250.00		500.00	20.0
1	MON	MONTURE OPTIQUE	500.00		500.00	20.0

**Corrections :**

VL D. Sph: -0.25 Cyl: -0.50 Axe: 65°  
 VL G. Sph: -0.50

ADEN OPTIQUE SARL  
 Opticien Optométriste Contactologue  
 Lots El Beyrouni Rés. El Fath n° 4  
 Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 29 05

**Paiements**

Acomptes	0.00
Tiers payant	0.00
<b>Montant total payé :</b>	<b>0.00</b>
Solde :	1000.00

**Totaux**

Total hors TVA :	833.33 Dh
Montant TVA :	166.67 Dh
<b>Total TTC :</b>	<b>1000.00 Dh</b>