

## 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.

N° W21-817237

|  |  |   |                                 |
|--|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie   | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)   |  |   |                                 |
| Matricule :  | 4803   | Société :                                   | RAN                             |
| <input type="checkbox"/> Actif   | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            | SENTRAL MO HAMED                |
| Nom & Prénom :   |  | 12/05/1963                                  |                                 |
| Date de naissance :  |  | Habatelle                                   |                                 |
| Adresse :  |  | Tél. : 0661 42 03 58                        |                                 |
|  |  | Total des frais engagés : 4200,50 Dhs       |                                 |
| Cadre réservé au Médecin   |  |   |                                 |
| Cachet du médecin :  |  |   |                                 |
| <br>05/12/2013  |  |   |                                 |
| Nom et prénom du malade : S'Naidi Najad Age: 53 ans  |  |   |                                 |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant  |  |   |                                 |
| Nature de la maladie : Amastris  |  |   |                                 |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : R Amastris  |  |   |                                 |
| 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 : 22/12/2013  |  |   |                                 |
| Signature de l'adhérent(e) : fl  |  |   |                                 |

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 : 22/12/2013

Signature de l'adhérent(e) : fl

| 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   |
| 05/12/23 C.S                   |                   | X 10                  | 250 DH                          | INP : 2111044122<br> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACEUTIQUE<br>Dr. Ibtissam<br>1 Lot. La Victoire - El Mouilha<br>Tel: 05 23 39 01 66 | 05.12.23 | 258,10                |
|  |          | INPE: 112038765       |

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

| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                   |        |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |  |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature<br>du Particulier                                       | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     |                                    |  |
|   |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |  |
| Mr-A-D Optic<br>Opticien Optométriste<br>63 Rue Jeanne d'Arc<br>75010 Paris | 20/02/23          |        |     |     |     | 3700                               |  |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|---|----------|---|--|---|---|----------|----------|--|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  |          | <b>Dents Traitées</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prostheses)  | <b>Nature des Soins</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prostheses) | <b>Coefficient</b><br>(Leave blank for O.D.F. Prostheses) |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          |   |  | INP : <input type="text"/>                                |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          |   |  | Coefficient des travaux <input type="text"/>              |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          |   |  | Montants des soins <input type="text"/>                   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          |   |  | Début d'exécution <input type="text"/>                    |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          |   |  | Fin d'exécution <input type="text"/>                      |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>O.D.F.<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b><br>   |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession.</p> |  |   | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 | B |  |  | G |  |  |
| H   | 25533412 | 21433552  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   | 00000000 | 00000000  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| D   | 00000000 | 00000000  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   | 35533411 | 11433553  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| B   |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| G   |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          | Coefficient des travaux <input type="text"/>  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          | Montants des soins <input type="text"/>   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          | Date du devis <input type="text"/>  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
|   |          | Date de l'exécution <input type="text"/>  |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>  |          |   |  |   |   |          |          |  |          |          |   |          |          |  |          |          |   |  |  |   |  |  |



05 décembre 2023



Mme JNAIDI NAJAT

90,70

OPATANOL COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, pendant 1 Mois

145,00

AQUALARM UP INTENSIVE

1 goutte 3 fois par jour, pendant 3 Mois

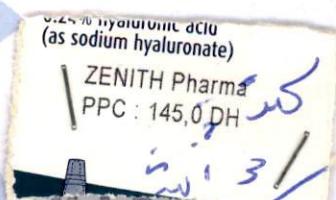
22,40

MAXIDROL: PDE

1 application / jour le soir au

dans les deux yeux

258,10



6 118001 070404  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS

406805

pendant 8 jours

Dr. Fatima FETTAHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av des FAR Rés Yasmine "C"  
1er Etage Appt 3  
Tél : 0523371454 EL JADIDA

ICE : 002220237000086 - INPE : 111164422

الهاتف: 0523.37.14.54 \* E-Mail : drfettahi.ophtalmo@gmail.com - Gsm/ Watsapp: 0613 45 54 64

شارع الحبيب الملكي إقامة ياسمين عمارنة (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 ( أمام المحافظة العقارية ) - الجديدة

Av des FAR , Rés. Yasmine, Imm C, Appt N°3, 1<sup>er</sup> Etage ( En Face La Conservation Foncière ) - El Jadida



05 décembre 2023

Mme JNAIDI NAJAT

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs 1 organique  
Antireflets, Transition

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 0.75 à 75°)

OG = + 0.50 (- 0.50 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

Dr. Fatima FETTAHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Av des FAR Rés Yasmine "C"  
1er Etage Appt 3  
Tél : 0523.371454 EL JADIDA

ICE : 002220237000086 - INPE : 111164422

الهاتف: 0523.37.14.54 \* E-Mail : drfettahi.ophtalmo@gmail.com - GSM / WhatsApp: 0613 45 54 64  
شارع الجيش الملكي إقامة ياسمين عماره (س) الطابق الأول - شقة رقم 3 ( أمام المحافظة العقارية ) - الجديدة  
Av des FAR, Rés. Yasmine, Imm C, Appt N°3, 1<sup>er</sup> Etage ( En Face La Conservation Foncière ) - El Jadida

un autre regard  
sur vos yeux



OPTICIEN  
LUNETTIER  
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 006937

Casablanca, le : 20/12/23

Mme / Mr : JNAIDI NAJAT

Dr : FETTAHI

VL

VP - Add

OD : +0,75 (-0,75 ; 75°)

OD : +2,00

OG : +0,50 (-0,50 ; 85°)

OG : +2,00

Prix Monture

Optique

1500

DH

Prix Verres

progressif optique AB

2300 casa

DH

Total à payer : 3700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois Mille

Sept Cent dirhams

Cachet et signature

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

63 Rue Rguibat Bourgogne Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 508275  
ICE : 0002642590000069