

## 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° W19-473056

WD- 22042

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>10351</b>	Société : <b>R.A.M</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>CHAIR ZITOUNI</b>			
Date de naissance : <b>01-01-1955</b>			
Adresse : <b>n° 113 Rue 20 Ksar Bhar</b>			
Tél. : <b>06 78 20 68 41</b> Total des frais engagés : <b>2374,10 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<b>DR. QARFA DRISS OPHTALMOLOGISTE 295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA Tél: 0522 56 21 77 INPE: 081167354 IPE: 001671 89000056</b>	
Date de consultation :	<b>12/02/2020</b>
Nom et prénom du malade :	<b>CHAIR IMANE</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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'intention 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 :	
Signature de l'adhérent(e) :	



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2023-01-01	Consultation	100	100	DR. DRISS EL HARRI CASABLANCA Tél: 0525621736 - ICE: 0021091167353

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL WIAA DR BELAL AL AMIRI JANNA 14 RUE 19 NE 38 TEL : 05 20 38 02 00</i>	<i>22/02/2020</i>	<i>70,10</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
LUNETTES MILOUSS ASSOUK KOREA BOUT (EN)	24/2 2020					2.000 D.F	

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> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
<b>SOINS DENTAIRES</b>		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"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px;">25533412</td> <td style="width: 50px;">21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none;">D</td> <td style="border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: none;">00000000</td> <td style="border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none; border-bottom: none;">35533411</td> <td style="border-top: none; border-bottom: none;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-top: none; border-bottom: none;">B</td> <td style="border-top: none; border-bottom: none;">H</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	H																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

**Dr. QARFA Driss**



الدكتور القرفة إدريس

**OPHTALMOLOGISTE**  
**MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX**  
**CATARACTE.GLAUCOME STRABISME.**  
**VOIES LARYMALES LASER ANGIOGRAPHIE**

أخصائي أمراض وجراحة العيون  
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع  
أنجيوغرافيا - الليزر

## Casablanca, le

الدار البيضاء، في ١٢/٠٢/٢٠٢٠

05 22 56 21 77 - الدار البيضاء - الهاتف: 295. شارع ادريس الحارثي - الطابق الأول

295, Bd Driss El Harti - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

**Dr. QARFA Driss**



**الدكتور القرفة إدريس**

OPHTHALMOLOGISTE

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
CATARACTE.GLAUCOME.STRABISME.  
VOIES LARYMALES.LASER.ANGIOPGRAPHIE

أخصائي أمراض وجراحة العيون  
الجلالة - الزرقاء - مسالك الدموع  
أنجيوغرافيا - الليزر

Casablanca, le

12/02/2020  
الدار البيضاء، في

*R B estam Driss  
Jelle  
Hely  
Jahne  
Jahne*

Wod = -510€ 05/20  
Weg = -512€ 11/25/20

LUNETTES MILOUR KAF  
215 SOUK KORÉA BLOC E/F

**Dr. QARFA Driss**  
OPHTHALMOLOGISTE  
295, Bd. Driss El Harti - CASABLANCA  
Tél: 0522 56 21 77  
IMPE: 091167353 - ICE: 00167778000055

*J*

Traitement à ne pas interrompre jusqu'au prochain contrôle dans :

05 22 56 21 77 شارع إدريس الحارتي - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف:

295, Bd Driss El Harti - 1 er étage - Casablanca - 05 22 56 21 77

OPTIQUE MILOUD KAF

نظارات ميلود قاف

Souk Koréa Bloc EF N° 215

Casablanca

R.C : 371050

Patente N°36612172

N° 300873

سوق القرعية بلوك EF الرقم 215

الدار البيضاء

س.ج: 371050

بئاتا: 36612172

IF: 02240823  
RF: 137953025742135

Casablanca, le 14/02/2020

M. CHAIR IMANE Doit

N° de nomenclature

Docteur MARFA DRISS

Monture METAL F 6000 DH

Verres ORGANIC 1.6 HMC SWISS

VL: OD (-200° -0,50) -5,0 1400 DH

OG (-165° -6,25) -5,25

VP: OD

OG

TOTAL 2000 DH

Arrêtée la présente Facture à la Somme de

dous Millés P.

LUNETTES MILOUD KAF  
215 SOUK KORÉA BLOC EF