

## 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° W19-548665

ND 36570

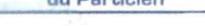
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12605		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAIFI AOUA			
Date de naissance : 09-02-1988			
Adresse : Angle rue des Colibris ferme Sretoune Cass			
Tél. : 066 094477		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
PHTALMOLOGUE Docteur Fouad NCIRI 11 AOUT 2020 201 02 08 22 fax 05 22 35 83 11 201 02 08 22 fax 05 22 35 83 11 LAZOURINA CAFIMAD	
Date de consultation :	201 02 08
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	
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'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 :	Le : 13 AOUT 2020
Signature de l'adhérent(e) :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Lignes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin Attestant le Paiement des Actes
20/11/2022		1	Gratuit	INP 05/11/2022
				Dr. M. BATAILLE
				Docteur Fouad
				2022-11-05 23:59:44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>S. RENÉ DES FRÈRES PHARMACEUTIQUE SAINT-ETIENNE</i> <i>Tél. 04 77 32 11 00</i>	20/7/2020	98,30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	20/07/20	M	onture		7300 D.H
		+ Verres			

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"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

PPV : 30 DH 30



6 281200 000449

RIMA PHARMA  
PVC : 68,00  
8 028117 714100



## **DE CHIRURGIE OCULAIRE AMBULATOIRE**

الدكتور فؤاد النصيري

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
خريج كلية الطب بيوردو فرنسا  
داليا سلامة مستشفى فرنسا

Spécialiste des Glaucomes  
Chirurgie Vitréo - Rétinienne  
Chirurgie cataracte par phako-émulsification

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

No (Signature) Docteur  
133, Bd Zekriji  
Tunis 2000  
283, Bd Zekriji, Tunis  
Tel: 06 22 39 87 21- fax  
Chauwad  
  
Acte de loi  
Vene + monture  
  
2) (15) (Signature) han  
06 (170) (Signature) han  
M 30.30 - S.V. (Signature) gal  
PHEAL MOLOQUE  
UFR. Collège NCRI  
1er étage Casablanca  
Tél: 0522 26 83 44  
18/02/2002  
Signature

٤٦٣ - شارع الزرقطونى، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 0522 39.87.22 - الفاكس: 0522 36.8344 - المحمول: 0661 19.75.41

283, Bd Zerkouni, 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca - Tél. : 0522 39.87.22 - Fax: 0522 36.8344 - GSM : 0661 19.75.41

LYNX OPTIQUE  
CENTRE COMMERCIAL MOROCCO MALL  
AIN DIAB CASABLANCA  
TEL : 05 22 79 63 38  
TEL: 05 22 79 63 37

20/07/2020

FACTURE N°: F19/4864

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	4 800.00
OD : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET	1 250.00
OG : VERRE CORRECTEUR ORGANIQUE ANTIREFLET	1 250.00
Dont TVA (20%)	1 216.67
<b>TOTAL TTC</b>	<b>7 300.00</b>

Arrêté la présente facture à la somme de:

**SEPT MILLE TROIS CENT DIRHAMS**

INPE : 095007548

**OPTICIEN LYNX**

CENTRE COMMERCIAL MOROCCO MALL  
CASABLANCA AIN DIAB  
Tél: 0522796338

Mme LAAOUINE Chaimaa

**FACTURE N° : F20/4864**

Date : 17/01/2020

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
1	VER	ESSILOR LN OPTIC SF ORMIX 1.6 CRIZAL PREVENCIA Org 65	750.00		750.00	20.0
1	VER	ESSILOR LN OPTIC SF ORMIX 1.6 CRIZAL PREVENCIA Org 65	750.00		750.00	20.0
1	MON	LUXO MAROC CHANEL 3356 c.1581 NOIR/DORE 52-16	5800.00		5800.00	20.0

**Corrections :**

VL D. Sph: -2.00 Cyl: +2.00 Axe: 105°

VL G. Sph: -2.75 Cyl: +2.75 Axe: 80°

Paiements	Totaux
Acomptes	
7300.00	
<b>Montant total payé :</b> 7300.00	<b>Total Net HT :</b> 6083.33 Dh
<b>Solde :</b> 0.00	<b>Montant TVA :</b> 1216.67 Dh
	<b>Total Net TTC :</b> 7300.00 Dh

Nos lunettes peuvent être échangées dans les 3 jours après l'achat, article en bon état.

Les lunettes soldées ne peuvent être échangées.

Aucun remboursement n'est possible dans le magasin, uniquement un avoir valable 1 mois

Les montures ne sont pas garanties contre la casse ou les rayures, uniquement contre les défauts de fabrication

**CMI**

مراكز التفديبات

17/01/20 20:31:51

9900162505

91625001

LYNX OPTIQUE M.M

Casablanca

A0000000041010

APP : MASTERCARD

QUALIFI ALAA

xxxxxxxxxxxxx8007

05/21 CARTE NATIONALE

847329DB07CAE4EC

201-0-9999-1-55

MONTANT: 5000,00 MAD

NUM TRANSACTION : 008

NUM AUTORISATION: 381038

STAN : 005022

**DEBIT**

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT



06/01/20 20:15:12  
9900162505  
91625001  
LYNX OPTIQUE M.M  
Casablanca

A0000000041010  
APP : MASTERCARD  
QUALIFI ALAA  
xxxxxxxxxxxxx8007  
05/21 CARTE NATIONALE  
9DDEAC5D7C949166  
201-0-9999-1-55

MONTANT: 2300,00 MAD  
NUM TRANSACTION : 003  
NUM AUTORISATION: 584116  
STAN : 004908

DEBIT

Le CMI vous remercie

---

TICKET A CONSERVER  
COPIE CLIENT