

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0036554

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1958 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AKKAR A.B.dela2iz  
 Date de naissance : 31/12/1945  
 Adresse : 6, Rue Turgot (Racine) CASABLANCA  
 Tél. : 066895833 Total des frais engagés : 1130.0 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
		H		G	
		25533412 00000000	21433552 00000000		
		D		G	
		00000000 35533411	00000000 11433553		
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	
VOLET ADHERENT	NOM : <b>AKKAR Abdellaziz</b>	
DECLARATION N°	<b>P 14/0018614</b>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<b>11300,00</b>	<b>2</b>
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		

**Cachet MUPRAS**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 1958	
Nom & Prénom : <b>AKKAR Abdellaziz</b>		 <b>Signataire de l'adhérent</b>	
Fonction : <b>Retraite</b>		Phones : <b>066896833</b>	
Mail : <b>a.aziz.akkar@gmail.com</b>			
MEDECIN	Prénom du patient	<b>AKKAR Abdellaziz</b>	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age : <b>05 OCT. 2022</b>
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<b>Affection Oculaire</b> S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C2</b>			<b>300110</b>
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			<b>Signature et cachet du Pharmacien</b> 
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
		<b>CACHET</b> 	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <b>04/11/2022</b>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>2</b>			
<b>2 unes + 1 monture</b>		<b>11 000,00</b>	
		 <b>YASMIN BENAZOUZ</b> Opticien & Optométriste 281 rue Ahmed Ben Ali Casablanca - Maroc Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 022 25 70 88	

Dr M~~assine~~assine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Ex-Professeur – Assistant au CHU Ibn Rochd  
Attestation de formation spécialisée approfondie  
Université de Nantes  
Maladies et chirurgie des yeux  
Echographie – Angiographie – Laser



الدكتور الدخيري محسن

طب العيون

أستاذ مساعد سابق بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le

20/10/2004

M' Mme M. Abdellah

Revue de la vue (Meeting)

$$\alpha = (+0,75) \cdot 120^\circ$$

$$\alpha_0 = -0,5 (-0,7) \cdot 30^\circ$$

$$\text{Add opt} = +2,25 \text{ D}$$

PLÉNIER  
YASMINA BENAZOUZ  
Opticienne Optométriste  
281, rue Abdellah Roudani, Casablanca  
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
E-mail: yasminebenazzouz@gmail.com

Mme M. Abdellah  
Projet

Dr Mouhssine D'KHISSY  
Ophtalmologiste  
Bd Brahim Roudani, 2e Etage  
0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88  
ANCA

400, Bd Brahim Roudani – Casablanca -Tél : 0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - ICE 002224103000076

0522 25 48 88 / 0522 25 70 88 - الدار البيضاء - الهاتف : 400 شارع إبراهيم الروانى -

# PLEINE VUE OPTIQUE

281,ANGLE RUE KADI IYASS ET RUE ABDELLAH RAJII(EX.

MAARIF.CASABLANCA

Tél/fax : 022.23.13.06

## FACTURE

FACTURE N° : **137/2022**

CLIENT : **AKKAR ABDELAZIZ**

DATE FACTURE : **04/11/2022**

DESIGNATION	PRIX TTC
Montures : 1 ERMENEGILDO ZEGNA EZ5241 007 54/16	2 500,00 DH
Verres : OG1 LIGHT 3DVE 1.5 BLUE PROTECT	4 250,00 DH
OD1 LIGHT 3DVE 1.5 BLUE PROTECT	4 250,00 DH
Nomenclatures : OD : +0.00 ( +0.75 à 170° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0	
OG : -0.50 ( -0.50 à 90° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**ONZE MILLE DIRHAMS**

YASMIN  
OPTIQUE  
281,00 AbdeLLah Rajii (ex. Pyrenées)  
Casablanca-Tel/Fax:022.23.13.06  
E-mail: pleinevue@gmail.com

**Total TTC :** **11 000,00 DH**

**Total HT :** **9 166,67 DH**

**TVA 20% :** **1 833,33 DH**

