

# 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0005629

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4745 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : JOUDAT Mustapha  
 Date de naissance : 26/09/1951  
 Adresse : 38 Rue 90 Hay Moulay Abdellah  
 Casablanca  
 Tél : 662273711 Total des frais engagés : 5628,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 27/09/2022  
 Nom et prénom du malade : JOUDAT Mustapha  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : affection oculaire  
 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 : Casablanca Le : 27/09/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



**RELEVÉ 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
27/09/22	CS		200	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/9/22	28.80

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

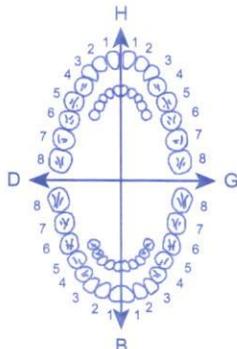
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25.10.22		1 monture			600
			2 verres			4800
			INP 095014676			

**RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

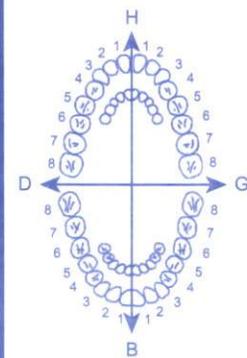
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	Coefficient
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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : .....27.septembre.2022..... في

**Mr. JOUDAT Mustapha**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Amincis

VL : OD = + 2.75 (- 0.25 à 55°)

OG = + 2.75

VP : OD = Add : + 2.75

OG = Add :

**BEN BACHIR  
OPTIC**

Opticienne Optometriste  
ICE: 001643583000080  
47, Bd. Taza Inara II Casablanca  
Tél.: 05 22 87 40 44

**Dr. ZRYOUIL Merieme**  
Ophtalmologue  
52, Bd. eL Khalil Hay M  
- Abdellah - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42

**52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Ain Chock - Casablanca**

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeriyem@gmail.com

BEN BACHIR  
OPTIC

Opticienne Optométriste

ICE 001643583000080

47, Bd. Taza Inara II Casablanca

Tel.: 05 22 87 40 44

M<sup>r</sup> Joudat  
Mustapha

le 27.10.22

FACTURE N° 25

Quantité	Désignation	Prix Unitaire	Montant
----------	-------------	---------------	---------

1 monture

600,-

2 Verres progressifs

organiques 1.6

aminés anti-reflets 4800,-

T 5400,-

RC 243051

Pate te 34091686

ICE 0016 43583000080

BEN BACHIR  
OPTIC

Opticienne Optométriste

ICE 001643583000080

47, Bd. Taza Inara II Casablanca

Tel.: 05 22 87 40 44

# الدكتورة مريم ازرويل

## اختصاصية أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر  
سكري العيون - ضغط العين  
تصوير أوعية الشبكة و الليزر  
جراحة مسالك الدموع  
رخصة السياقة



في : .....27 septembre 2022.....

Mr. JOUDAT Mustapha

2800  
ARTELAC: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

2800  
PHARMACIE ABDELALI  
Mme. IDRISSE KAITOUJI Najat  
42, Bd Taza Hay Moulay Abdallah Inara II  
Casablanca - Tél: 05 22 21 99 84

Dr. ZRYOUIL Merieme  
Ophtalmologue  
52, Bd. el Khalil Hay M  
Abdelilah - Casablanca  
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdallah Ain Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com