

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° P19-0026893

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10438 Société : R.A.M. 137483

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAABI Meriem

Date de naissance : 08-11-74

Adresse :

Tél. : 0628535349 Total des frais engagés : 3700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.09.2022

Nom et prénom du malade : BAABI Meriem Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : vice de refraction

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) : R ACCUEIL I. BOZACHANE



# 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
21/09/2022	Q		0	Dr. YAKOUB EL ABDELHAK Ophtalmologiste Bd. Mohamed Ben Ahmed El Abdi, 2ème Etage Casablanca - Tél: 05 22 75 23 23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

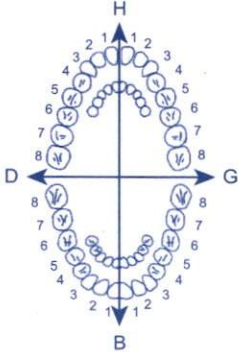
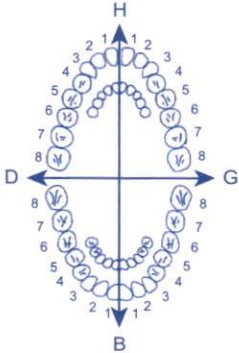
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	14/11/2022					3700/0000

# 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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

INPE



095019279

FACTURE N° A 273 /22

ICE N° : 001587406000070

CODE / INPE : 095019279

I F N° : 20699296

Mohammedia le 11 / 11 / 2022

R C N° : 18891

PATENTE N° : 3653246

M : BAABI Meriem

N° de nomenclature: 431 431

Docteur: YAKOUTI Abdelkhalek

Monture : PLASTIQUES OPTIQUE	700 ,00
Verres: PROGRESSIFS ORGANIQUES BLANCS Anti-reflets	
VL: PROGRESSIFS ORGANIQUES BLANCS Anti-reflets	
OD: + 3 . 00 ( - 0 . 25 à 80° )	1 500 ,00
OG: + 3 . 00 ( - 0 . 25 à 100° )	1 500 ,00
VP:	
OD: Add : + 2 . 00	
OG: Add : + 2 . 00	

total :

3 700 ,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE SEPT CENT DIRHAMS .

SETAGENERAL D'OPTIQUE  
Optique-Optométrie  
Lentille de Contact  
Mohammedia  
095019279

40, boulevard Achorafa, Saada, El Alia , Mohammedia

Patente N° : 3653246 - RC N° : 18891 - IF N° : 20699296 - ICE N° : 001587406000070

Dr. YAKOUB

Ophtalmologiste

Spécialiste de la chirurgie  
et des Maladies des yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voie lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août  
Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'Hôpital Al Mansour  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور الياقوتي عبد الخالق

أخصائي في جراحة وأمراض العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع أجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون بمستشفى المنصور

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون

لا تغير تاريخ الفحص ولا التاريخ الموجود على أوراق التعاضية

27 septembre 2022

Casablanca le, : ..... : الدار البيضاء في

Mme BAABI Meriem

Monture + verres correcteurs

progressifs

Organiques Antireflets,

**Amincis à fort indice**, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 3.00 (- 0.25 à 80°)

OG = + 3.00 (- 0.25 à 100°)

VP : ODG = Add : + 2.00

GENÉRAL D'OPTIQUE  
Ophtalmologiste  
Lentille de Contact  
1, Bd. Mohamed Ben Ahmed El Abdi, Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tél: 05 22 75 23 22 - 05 22 75 23 23

Dr. YAKOUB Abdelhakalek  
Ophtalmologiste  
1, Bd. Mohamed Ben Ahmed El Abdi - 2<sup>ème</sup> Etage - Sidi Bernoussi  
El Abdi, 24ème Etage Bernoussi  
Casablanca - Tél: 05 22 75 23 22 - 05 22 75 23 23

1، شارع محمد بن أحمد العبدى - الطابق الثاني - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

1, Bd. Mohamed Ben Ahmed El Abdi - 2<sup>ème</sup> Etage - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 75 23 22 - 05 22 75 23 23