

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

**Conditions générales :**

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

AS2389

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 514

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LYASSIMI mohamed.

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : 10 Bd Tichka Hay Arixata I Ain chock.

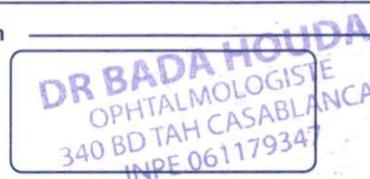
CASABLANCA

Tél. : 06 11 42 32 32

Total des frais engagés : Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/01/2023 LYASSIMI Med HASS

Nom et prénom du malade : Mme LYASSIMI Age : 80 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : 10/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
10/10/2023			300	DR BADA HOUSSINE OPHTHALMOLOGISTE 340 BD TAH CASABLANCA INPE 061179347

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/23	307,90
	PHARMACIE MOUHSSINE	
	MOUHSSINE Laila	
	834, Av. 3 Mars. P. Chouaïb. Inara J.	
	Casablanca Tel. 05 22 21 09 76	

## 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 26/10/2023	AM	900,-
	PC 26/10/2023	PC	
	IM 26/10/2023	IM	
	IV 26/10/2023	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
D	00000000	B	00000000	
B	35533411		11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Houda BADA**

Chirurgienne Ophtalmologiste



**الدكتورة هدى بادة**

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

DIU de cornée de la faculté de médecine de Pierre et Marie Curie de Paris

DIU de Chirurgie réfractive et de Phacoémulsification de la faculté de médecine de Paris

DIU de contactologie de

DIU de chirurgie vitrée ré



Casablanca, le: 10/11/2023

Nom: Mme Lyassine Rachid

89,30

1. Azelastine 0,05% (S) 55

un goutte x 3 + 15 = 55

22,60

2. Flucon 0,05% (S) 55  
un goutte x 3 + 15 = 55

196,00

3. Viscos gel (S)

goutte application x 4 15

307,15

55 x 4 mois

DR BADA HOUDA  
OPHTHALMOLOGISTE  
340 BD TAHCASABLANCA  
INPE 06 179347

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubeir Ibou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 196.00

Fixe : 05 22 52 08 94 / RDV Whatsapp 07 70 44 42 49 / Urgences ( whatsapp ) 06 71 44 57 88

📍 340 Bd Tah 1er étage appartement 2 Casablanca

**Dr. Houda BADA**

Chirurgienne Ophtalmologiste



**الدكتورة هدى بادة**

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

DIU de cornée de la faculté de médecine de Pierre et Marie Curie de Paris

Diu de Chirurgie réfractive et de Phacoémulsification de la faculté de médecine de Bordeaux

DIU de contactologie de la faculté de médecine de Bordeaux

DIU de chirurgie vitréo rétinienne de la faculté de médecine de Dijon

دبلوم جامعي في جراحة القرنية كلية الطب بباريس

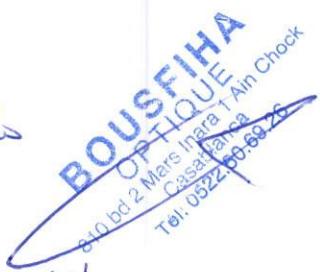
دبلوم جامعي في الجراحة الانكسارية كلية الطب ببوردو

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة كلية الطب ببوردو

دبلوم جامعي في أمراض الشبكية كلية الطب بيوجن

Casablanca, le : ١٥.٠٦.٢٠٢٣

Nom : Dr Lyassini H



أعراض + أنتي بي KL :

$$\text{OD} = -0.50 (-925 \pm 75)$$

$$\text{OS} = +0.25$$

e) Additum VL

$$\text{OD} = +2.75$$

astigmat

DR HOUAD  
CHIRURGIEN OPHTALMOLOGISTE  
CLINIQUE CASABLANCA  
TÉL: 0522 56 56 26  
M: 06 71 44 57 88

Fixe : 05 22 52 08 94 / RDV Whatsapp 07 70 44 42 49 / Urgences ( whatsapp ) 06 71 44 57 88

📍 340 Bd Tah 1er étage appartement 2 Casablanca

6/1



## **FACTURE**

056

CLIENT(E) : LYASSIMI MOHAMED

DATE : 07/03/2023

PRODUITS		QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE		1	500	500
VERRE ORGANIQUE		2	1000	2000
PROGRESSIF AR				
OD	-0.50	-0.25	75	+2.75
OG	+0.25			+2.75
-----		-----	TOTAL TTC	2500

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CINQ CENTS DHS TTC

