

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0022523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409 Société : RAN  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA  
 Date de naissance : 01/01/1951  
 Adresse : 5, Rue KADI IASS Apt N°6  
 TAARIF CASABLANCA  
 Tél : 0670642860 Total des frais engagés : # 5538 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/03/2023  
 Nom et prénom du malade : Thami Mustapha Age : 72 ans  
 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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
10/03/23		CS	300,00 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/03/23 888,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

16/03/23

INP: 005012357

4400DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

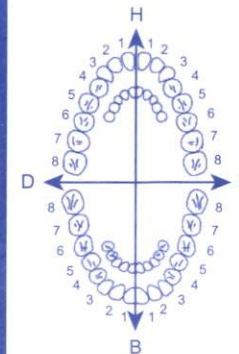
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient DES TRAVAUX

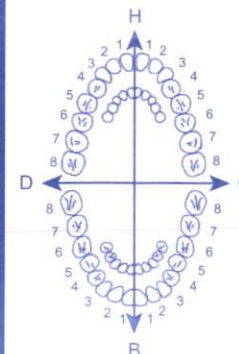
MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte  
par Pharcoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

## الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

10 mars 2023



Mr MHAMDI Mustapha

**XALACOM COLLYRE (LATANOPROST-TIMOLOL) FL**

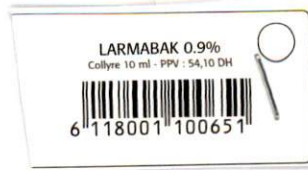
1 GOUTTE 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

**LARMABAK COLLYRE (NACL 0,9%) FL**

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

**TOBREX COLLYRE**

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, dans les deux yeux, pendant 15 jours



PHARMACIE DE LA MOSQUEE  
DR NABIL  
Docteur en Pharmacie  
76, Rue de l'Atlas - Mâarif Casablanca  
Tél: 05.22.98.42.73



Facture N° 057

Casablanca le : 16/03/2023

Mr (me)(lle) : Mhamdi Mustapha  
Sur Ordonnance du Dr : noiss

Quantité	Description	Prix HT
<u>1</u>	Monture <u>Monture</u>	<u>700 DH</u>
	Verre Torique Spherique <u>progressif or anti-reflets</u>	<u>3700 DH</u>
	Orga - Mineral	
	N° Nom	
	Monture	
	Verre Torique Spherique	
	Orga - Mineral	
	N° Nom	
Arrêtée la présente facture à la somme de: <u>Quatre Mille quatre cent dh</u>		Total HT <u>4400 DH</u>
		T.V.A 20%
		Total TTC

30, Rue Assâad Ibnou Zarara Casablanca - Tel : 0522 25 17 65 / 0684 81 57 89

Email : soumiabclinic@gmail.com

IC : 55785 - TVA : 705123 - Patente : 35701932 - ICE : 002264846000 - CNSS : 2230211



## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Dr. Abderrahmane RAISS**

Chirurgie de la Cataracte  
par Pharcoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

**الدكتور الرايس عبد الرحمان**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

10 mars 2023

**Mr MHAMDI Mustapha**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.25 (- 0.50 à 90°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 70°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

LASER OPTIQUE  
CLIN D'OEIL  
30 RUE ASSAËDOUNOU ZAKARA  
(EX BALLON D'ALGER) - MAARIF  
TEL: 05 22 25 51 05 - CASABLANCA



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MHAMDI MUSTAPHA
Matricule :	1409
N° CIN :	B 48 133
Adresse :	5, Rue Kadi IASS Apt. N°6 NAARIF CAS, A
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE :
Certifie que Mlle, Mme, M. :	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : Glaucome chronique.	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Xalacom coll. 1gtt la nuit Lermobex coll. 1gtt x 3j Tobrex coll. 1gtt x 3j H au long cours	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à : CASAB le 10/03/2023	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées