

# 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- 0020688

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAN  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED  
 Date de naissance : 12-06-63  
 Adresse : KERDOUN 9 @ 67AHL-67  
 Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 3994,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/02/23  
 Nom et prénom du malade : ABERCHANE Leila Age: 1271  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Sectresse oculaire - Corrécha ophth  
 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 : 01/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : KA

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 Règlement des Actes
01/02/23	CS		300 dh	<p><b>Dr. Rachid ZAFAD</b>  <b>Ophtalmologue - Oculiste</b>  532, Bd Panoramique - Casablanca  Tél : 05 22 71 77 40 &amp; 49, 11 60  Fax : 05 22 25 00 01</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE AV. MED V</b>  AV. Mohammed VI, km 17  EL Menzeh - Temara  INPE : 102091022  Tél : 05 37 04 10 57</p>	01/02/23	294,00

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>OPTIQUE ADON</b>  Kissaria Tarik 15244  Sidi Benmoussi casa  Tél : 05 22 73 89 35</p>	29/03/23					2400,00

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

# OPTIQUE ABOU SAAD

244, Kissariat Sidi Lbernoussi - Casablanca

Tél : 05 22 73 99 35 - 06 68 38 31 41

E-mail : ibnnetalib41@gmail.com

Patente : 31600248



## نظارات أبو سعد

244 فيسارية طارق سيدي البرنوصي - البيضاء

الهاتف : 05 22 73 99 35 - المزمول : 06 68 38 31 41

الباتنتا : 31600248

IF: 52.90.18.55

FACTURE

N° 002134

Casablanca, le

20/03/2023

M<sup>me</sup>

ABERCHANE Lila

Doit

JCE: 0011772460000082

N° de Nomenclature :

431 - 431

Docteur :

Rachid Zaidi

Monture :

optique

800,00

Verres :

Progressif

VL :

Blanc antireflet

OD :

-0.50 (-0.25 - 80)

1300,00

OG :

-0.25 (-0.25 - 65)

1300,00

VP :

OD :

D + 2,00

OG :

D + 2,00

Total:

3400,00

OPTIQUE ABOU SAAD

Kissariat Tarik N°244

Sidi Lbernoussi casa

Tel : 05 22 73 99 35

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Trois mille quatre cent Dhs

Especcas



# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N° : 2790 / 2023 du 01/02/2023

Nom patient **ABERCHANE LEILA**  
**PAYANT**

Entrée 01/02/2023

Sortie 01/02/2023

### CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

**CLINIQUE AL MADINA**  
**PEC**  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophthalmologiste  
Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

## ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون  
خريج كلية الطب بباريس  
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

01 février 2023

**Mme ABERCHANE Leila**

1/ THEALOSE

2470012

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

Totale: 294,00

CLINIQUE AL MADINA  
Faculté de Médecine  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)

PHARMACIE AV. MOHAMMED VI  
Av. mohamme VI - Km  
EL Menzeh - Tem  
INPE : 102091  
Tel : 0537 00 00 00

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophthalmologiste  
532, Bd Panoramique -  
Tél.: 05 22 77 77 40  
Fax: 05 22 25 00 01

## Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste  
Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris VII  
Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

## ORDONNANCE

01 février 2023

Mme ABERCHANE Leila

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = - 0.50 (- 0.25 à 80°)

OG = (- 0.25 à 65°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

Rodenstock

UPVUW 2004 5840  
Kissariat Tashkik 2-A  
Sidi Belmoudjah Casablanca  
Tél : 05 22 73 99 35

CLINIQUE AL MADINA  
FACUZZATON  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)  
Fax : 05 22 25 00 01