

# 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

- Reclamation : 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° P19-0049811

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUMNI CHAKIR  
Date de naissance : 22.09.65  
Adresse : 40 lotissement belle rue sidi maârouf  
casablanca  
Tél. : 0661230922 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03 / 04 / 23  
Nom et prénom du malade : MOUMNI CHAKIR Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Oculaire  
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 : 17 / 05 / 23

Signature de l'adhérent(e) :



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
03/04/83	G		250,00	

[illegible][illegible]

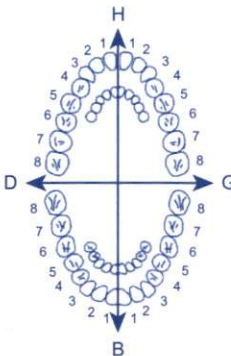
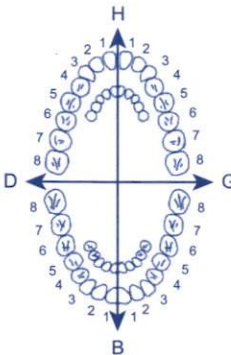
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M		I V
						500,00
						5500,00

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

SOINS DENTAIRES					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">FIN D'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">                     00000000                      11433553  <b>B</b> </div> </div>		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 80%;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">MONTANTS DES SOINS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DATE DU DEVIS</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="width: 80%;">DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="width: 15%; border: 1px solid black; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>		

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



## الدكتورة نجاد سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

03 avril 2023

Mr MOUMNI Chakir

Champ visuel automatisé (programme glaucome)

**Dr Siham NAJID**  
Ophtalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème Étage en face  
Rond Point Al Mostaqbal Sidi Maarouf - Casa  
Tél : 05 22 78 78 07

**ALAE BAGHDADI**  
ORTHOPHTE  
Rés. Naum, Bd. Abou Bakr el kadiri  
Imm. 6-7 Appt 9.3ème Étage - Sidi maarouf  
Casablanca Tél : 0522 97 36 92

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étage en face Rond point al  
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة ندى "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء

ALAE BAGHDADI

ORTHOPTISTE

Rés Naim, Bd Abou Baker El Kadiri

Imm :6-7, Sidi Maarouf

TEL :05.22.97.36.92

Casablanca, le 04/04/2023

N° PATENTE :36100501

IF :40256980

ICE :001855006000012

CNSS :4686301

INPE :065044067

**FACTURE**

Je soussigné que j'ai bien effectué un champ visuel (K15)

Pour Mr MOUMNI CHAKIR pour une somme de 500dhs.

Total : 500Dhs (cinq cents dirhams)

**ALAE BAGHDADI**  
ORTHOPTISTE  
Res.Naim, Bd. Abou Bakr el kadiri  
Imm.6-7 Appt 9.3<sup>ème</sup> Etg - Sidi maarouf  
Casablanca Tél : 0522 97 36 92



## Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



## الدكتورة نجاد سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العصابات اللاصقة

03 avril 2023

Mr MOUMNI Chakir

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.50 (- 0.75 à 80°)

OG = + 2.50 (- 0.50 à 105°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

**Dr Siham NAJID**  
Ophtalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés NADA 'A' 3ème étg en face  
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maarouf - Casa  
Tél : 05 22 78 78 07

**DOCTEUR OPTIC SARLAU**

Opticien Optométriste

AGOUNI Houba

Lot. Al Moustaqbal GH 2 Imm. 89

Magasin N°11 Sidi Maarouf - Casa


ICE:001988893000058

INPE:095012456

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. NADA 'A' 3ème étg en face Rond point al  
Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة ندى "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء

Facture

	<b>Facture N° :</b>	<b>DOCTEUR OPTIC</b> LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF Tel: 0522-784115
	264	
	<b>Date :</b>	
	03 / 05 / 2023	
	<b>Client :</b>	
	MOUMNI CHAKIR	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLVPD	+2.50	-0.75	80	+2.50
VLVPG	+2.50	-0.50	105	+2.50

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ZEISS PROG LIGHT 3D BLEU PROTECT 1.5	1	2500.00	2500.00
2	ZEISS PRT 3D BLEU PROTECT 1.5	1	2500.00	2500.00
3	MONTURE OPTIC	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	916.67
Total HT	4583.33	Net à payer	5500.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

cinq mille cinq cents Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

DOCTEUR OPTIC – LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF – 0522-784115 –  
IF: 25038352 - ICE: 001988893000059 - RC:395147 - TP:36191845- INPE:095012456 - CNSS:5829736

DOCTEUR OPTIC SARLAU  
Opticien Optométriste  
AGOUIM Iouda  
Lot. Al Moustakbal GH 2 Imm. 89  
Magasin N°11 Sidi Maarouf - Casa  
ICE:001988893000058  
INPE:095012456