

# 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.

## 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

M23-006965

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4158 Société : 165264

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HADIRI Amina

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 0661526610 Total des frais engagés : 250 + 2000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Wafae JOUDI

Ophtalmologiste  
Angle Av. Hassan 1er et Av. Abd el Karim  
Khatibi, Im. Nkhila "A" - 1er étage  
Appt. N° 2 - Témara  
Tél.: 05 37 61 25 51 / 06 67 70 66

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 JUN 2023

Nom et prénom du malade : EL HADIRI Amina

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

Nature de la maladie : Conjointe optique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
01 JUN 2023	CP	01	250DH	Dr. Wafae Joudi Ophtalmologiste Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim Khatabi, Imm. Nkhil "A" - 1er étage Appt. N° 2 - Tchernara Tél.: 65 37 61 25 51 / 06 67 76 21 57

# 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
		AM	PC	IM	IV	
M-A-D Optic Opticien Optométriste 3 Rue Rguibate Casa	10 06 2023					+ 2000 DH

Akram Daali  
Inpe : 065032600

# 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														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
	<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		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Wafae JOUIDI**  
**Ophtalmologiste**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Rabat  
Ancienne Médecin Ophtalmologue à L'Hôpital  
Des Spécialités De Rabat.  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



**الدكتورة وفاء جويدي**  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
طبيبة عيون سابقا بمستشفى التخصصات  
بالرباط  
عضو بالجمعية الفرنسية لأطباء العيون

01 juin 2023

**Mme EL HARIRI Amina**

Monture + verres correcteurs  
pour VL Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 1.50 (- 0.50 à 45°)

OG = + 1.75 (- 0.25 à 125°)

**M-A-D OPTIC**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Moultate Cassa

**Dr. Wafae JOUIDI**  
**Ophtalmologiste**  
Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim  
Khatabi, Imm. Nkhila "A" - 1er étage  
Appt. N° 2 - Témara  
Tél.: 06 37 61 25 51 / 06 67 76 21 57



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

*un autre regard sur vos yeux*

FACTURE N° : N° 003101

Casablanca, le 10/06/2023

Mme / Mr : EL Harire Amima

Dr :

VL

VP - Add

OD :  $+1.50 (-0.50 \text{ à } 1.50)$  OD : \_\_\_\_\_

OG :  $+1.75 (-0.25 \text{ à } 1.25)$  OG : \_\_\_\_\_

Monture

Verres

plastique

ORGANIBlen 1.6

800.00 DH

1200.00 DH

Total à payer : 2000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux mille

Dir Ham

Cachet et signature

Cachet et signature

M-A-D OPTIC  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca

M-A-D OPTIC  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 002642590000069