

# 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- 0022569

168126

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 553 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL OUALI Fatima  
Date de naissance : 13/03/43  
Adresse : 43 Rue Ahmed Alnassiri - Palmier  
CASABLANCA  
Tél. : 06.63.85.151 Total des frais engagés : 499 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com  
Date de consultation : 5 MAI 2023  
Nom et prénom du malade : EL OUALI Fatima Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 17 JUL 2023  
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 : 12/07/23 Le : 12/07/23  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
5 MAI 2023		C2	350.-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie du Louvre صيدية لوفر 36, Boulevard du 9 Avril - Palmier Casablanca - Tél : 0522 25 32 05 pharmaciedulouvre@gmail.com	05/05/23	140,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

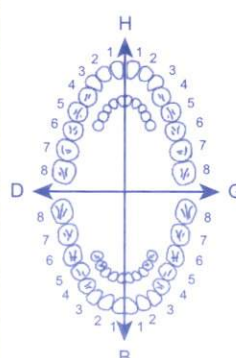
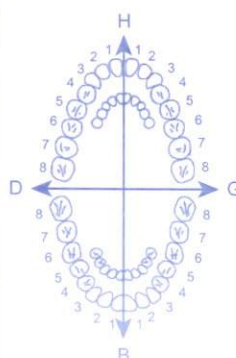
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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															
				CCEFFICIENT 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> <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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Mohammed Berrada

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

05 mai 2023

Casablanca, le .....

**Mme EL OUALI Fatima**

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = - 0.50 ( - 2.75 à 30°)

OG = + 0.25 ( - 2.00 à 150°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

LOT 223547 1  
EXP 10 2025  
PPV 20 00

LOT 223547 1  
EXP 10 2025  
PPV 20 00

S.V

S.V

20,00 CORRECTOL collyre

x2

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

109,00 HYE collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

Pharmacie du Louvre  
صيدلية لوفر  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05  
pharmaciedulouvre@gmail.com

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

LOT 0500123  
2025 01  
PPC 109,00 DH

149,00

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن البيضاء  
Résidence Acapulco ( au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 : الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com