

## 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- 0015966

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : P 4387 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAYAS NAJIB

Date de naissance : 17/02/43

Adresse : HABITUELS

Tél. : Total des frais engagés : 4800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZOUBIDA JABI Age : 20

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

Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 21/02/23

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



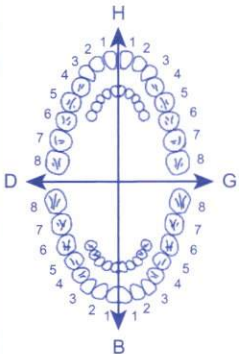
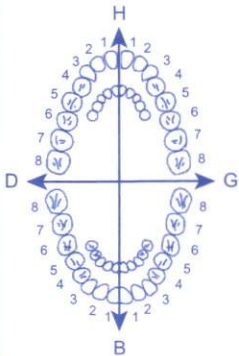
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </div> </div>				
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Optique 1000 %

Opticien - Optométriste

Facture : N° 002400

Date : 31/07/23

Mr. :

JABJ Zoubida EP Bouzyouf

Docteur :

Mohamed AL BOUTABDELAZIK

Type des Verres :

Optique transition BROWN  
A-1, 2, myssy

Monture :

Thersty

800, w

\* Vision de Loin :

OD

Axe

80°

Cyl

-0.25

Sph

+2.75

200, w

OG

Axe

60°

Cyl

-0.75

Sph

+2.50

200, w

\* Vision de Près :

OD

Axe

/

Cyl

/

Sph

/

OG

Axe

/

Cyl

/

Sph

/

Add :

+3.00

Montant :

4800, w

4800, w

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATANT : 30057211





الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme JABI Zoubida Ep Bouayad**

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 2.75 (- 0.25 à 80°)

OG = + 2.50 (- 0.75 à 60°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

Optique Mille pour cent  
Optométriste & Opticien

الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
Tél : 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le **23/05/2023**