

## 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

- 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)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059886

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1826 Société : 182883  
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAKIR NINA  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : Rue 5 N° 33 ATADIMOHY / ou Pfa Cheran  
 Tél. : 0604445724 Total des frais engagés : 1964,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

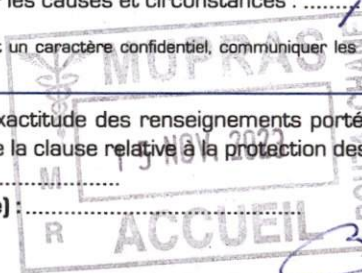


Date de consultation : 28/10/2023  
 Nom et prénom du malade : Mme BAKIR Mina Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 13/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 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                                                                                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 28/10/2023      | CS                |                       | 250,00                          | <b>Dr Nidal MATTA</b><br><b>OPHTALMOLOGISTE</b><br>Lot. Dar Dama, Immeuble 336, 3ème étage,<br>Appt. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca<br>Tél : 05 20 42 35 79 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                              |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                              |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                   | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE HANZA</b><br><b>CASABLANCA</b><br>Lot. Dar Dama, Immeuble 336, 3ème étage,<br>Appt. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca<br>Tél : 05 20 42 35 79 | 28/10/23 | 1714,20               |

# 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 :**

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H                                                | H | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |
|                                  | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | H                |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 21433552         |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | G                |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 00000000         |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 11433553         |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B                |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |
|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                                  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |                                                                                                 |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nidal MATAA

OPHTALMOLOGISTE

Adultes & Enfants



د. نضال متاع

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

28 octobre 2023

Mme BAKIR Mina

**GANFORT: COLLYRE**

1 goutte par jour le soir à la même heure 21h, dans les deux yeux pendant 6 mois, à ne pas arrêter sans avis médical

**XILOIAL forte**

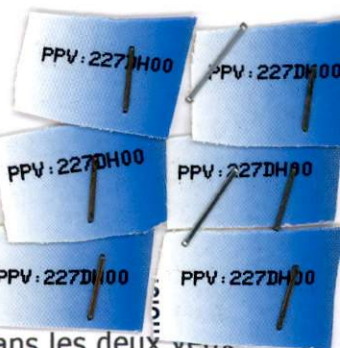
1 goutte x 4/ jour et à la demande, dans les deux yeux

**POSIFORMINE**

1 application une à 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours à 1 mois

**LIPOSIC GEL OPHTALMIQUE**

1 application le soir avant le coucher, dans les deux yeux



PPC 189,00 DH

Steripharma  
PPV: 129,20 dh

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/N

STERIPHARMA HANZA  
CASABLANCA  
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3<sup>ème</sup> étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 20 42 35 79 - Fax: 05 20 42 35 79

Dr Nidal MATAA  
OPHTALMOLOGISTE  
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3<sup>ème</sup> étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 20 42 35 79 - Fax: 05 20 42 35 79

تجربة الدار دارنا، عمارة B36، الطابق الثالث مع المصعد، شقة 14 الأزهر، (مدخل فرح السلام)، الألف - الدار البيضاء

Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3<sup>ème</sup> étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca

☎ 05 20 42 35 79 📠 06 88 52 84 89 ✉ contact@csophthalmologie.ma