

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0013017

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2430 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : SEFIANI Mohamed Date de naissance : 6/6/55
Adresse :
Tél. : 06 69 79 41 15 Total des frais engagés : 5389,50 Dhs
06 69 79 41 15

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/09/2023
Nom et prénom du malade : SEFIANI Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : arrêt optique
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 : 21/09/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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
21/09/23	5	—	300 000	Dr. Rafik El Ghannouchi Ophtalmologiste Bureau Clinique El Ghannouchi Tél. 05 22 10 12 55 - 05 68 84 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Zafar Oued Dabbou El Azhari - Oued Dabbou Tél. 05 22 91 16 54	21.9.23	589,50

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	
	11/12/2023					4500,000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

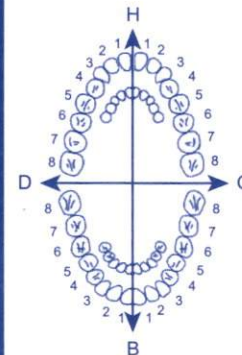
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

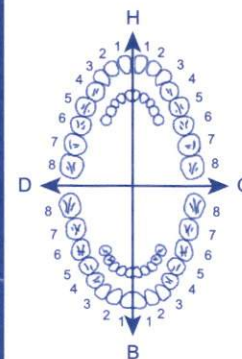
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAFIK ILYASS

OPHTALMOLOGISTE

ADULTES ET ENFANTS



د. إلياس الرفيق
طب و جراحة العيون
للکبار و الصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien interne du CHU Ibn Rochd

Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

Casablanca le

21 septembre 2023

Mr SEFIANI Mohamed

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

Vision de loin :

OD = + 5.50 (- 1.00 à 65°)

OG = + 5.00 (- 1.00 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

LOTEMAX collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 15 jours, dans l'œil gauche

HYLO-CARE collyre

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

05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)

عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)



FACTURE
N° 00518

RC : 337929
IF : 152941111
ICE : 000112884000066

Le : 11/12/2023

M : SEIFANI Mohamed

Type des verres : 1. PROGRESSIFS
ORMA AIR Blue TOK AMAR 51

Monture : Optique 2.000,00

Vision de loin :

OD Axe 65° Cyl -1.00 Sph +5.50 1750,00

OG Axe 80° Cyl -1.00 Sph +5.00 1750,00

Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add (276) + 275
Montant : TOTAL 4500,00