

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-828305

197233

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Hjiyeh Andaloussi ELGHALI
 Date de naissance : 14.10.1960
 Adresse : 7 lat Almeria Riad el andalous calafornie casablanca
 Tél. : 066118754 Total des frais engagés : 4299 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. RAKKAA Amal
Ophthalmologiste
 405 Bd Al Qods N° 7
 Tél: 06 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

Date de consultation : 19/02/2024
 Nom et prénom du malade : Hjiyeh ANDALOUSSI ELGHALI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION
 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 : Casablanca Le : 07/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/02 2024 | CS | | 3009,00 | INP : 0 9 6 1 5 4 5 3 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 19/02/24 | 99,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 21 02 24 | | | | | 3900,00 |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------|-------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
| | | | | COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 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 Amal RAKKAA
Ophtalmologiste



الدكتورة أمال راكم

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- Diplôme Contactologie à l'université de Bordeaux
- Diplôme Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification Université de Besançon
- Diplôme Oeil et Médecine Interne Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme Imagerie et Pathologie Rétinienne Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme OCT en Ophtalmologie à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج
فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي
الليزر - الحول
تفويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le 19 février 2024

Mr. HJIYEJ ANDALOUSSI El Ghali

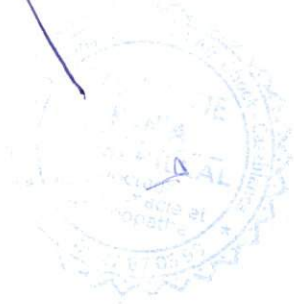
99100

1/ HY LIGHT COLLYRE

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

= 99100

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N 7
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03



Docteur Amal RAKKAA

Ophtalmologiste



الدكتورة أمال راكم

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive** et de **Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil et Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie et Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT en Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج

فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول

تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le 19 février 2024

Mr. HJIYEJ ANDALOUSSI El Ghali

Monture + verres correcteurs
Organiques

OD = + 5.25 (- 4.50 à 0°)

OG = + 5.25 (- 4.50 à 0°)

Dr. RAKKAA Amal
Ophtalmologiste
405 Bd Al Qods N 7
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

M. SIHAM
OPTOMETRIE
- OPTOMETRIE
- 79 Bd Al Qods N 7
Casablanca
Tél: 05 22 52 66 77 - 06 73 98 15 03

KADER OPTIQUE

N°005543

OPTICIENNE-OPTOMETRIE

CNSS : 23561145

404 ; Av abdellah senhaji

RC : 20 47 88

Idrissia 1-Casablanca

ICE : 01823017000027

Tele : 05 22 28 70 73

INPE : 095004081

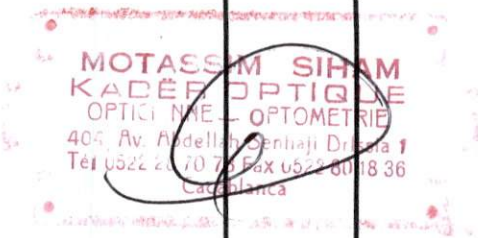
FAX : 05 22 80 18 36

IF : 02520198

PATENTE : 33664052

DATE : 21/02/2024

MR HJIYEJ ANDALOUSSI EL Ghali

| signation | Qte | PriX uni | Valeur | TVA |
|--|-----|----------|---------|------|
| UNE MONTURE | 1 | 900 | 900 | 20.0 |
| OD :VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS AMINCIS | 1 | 1500 | 1500 | 20.0 |
| OG :VERRE ORGANIQUE ANTIREFLETS AMINCIS | 1 | 1500 | 1500 | 20.0 |
| CORRECTION : VL:OD:+5.25(-4.50A0°) OG:+5.25(-4.50A0°) | | | | |
|  | | | | |
| TOTAL | 3 | | 3900.00 | |

| TOTAL HT | TOTAL TVA | TOTAL TTC | A COMPTE | A PAYER |
|----------|-----------|-----------|----------|---------|
| 3250.00 | 650.00 | 3900.00 | 3900.00 | 0.00 |