

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-844293

197 442

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05787

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OULMAA Halima

Date de naissance : 06/11/1957

Adresse : Logement Al Anassir - N°138 - Dar Bouazza

Casablanca

Tél. : 0662783426

Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelwahab TAKADOU  
Ophtalmologiste  
Casablanca  
20000  
05 22 20 45 45

Date de consultation : 01 Mars 2021

Nom et prénom du malade : OULMAA HALIMA Age : 1957

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 : .....

Le : ...../...../.....

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
01 MARS 2024		5	210	Dr. Abdelwahab TAKADOUN Ophthalmologiste 24 Mars 2024 22 03 36 05 27 29 10 55

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# 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	

04.03.24

360014

# 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

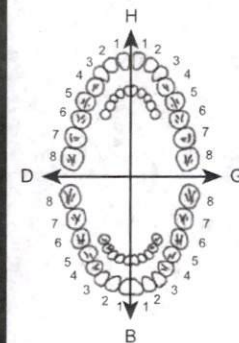
# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires
--------------------------------	------------------------

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Dr. Abdelwahab TAKADOUM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste Titulaire du C.E.S.  
de la Faculté de Médecine de PARIS  
Ex. Attaché Assistant aux Hôpitaux de Paris

MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

LASER-ANGIOGRAPHIE

LENTILLES DE CONTACT

Expert Assermenté près des Tribunaux

الدكتور عبد الوهاب تقادوم

اختصاصي في طب العيون

حائز على شهادة الدراسات العليا من كلية الطب بباريس  
طبيب ملحق بمستشفيات باريس سابقا

أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

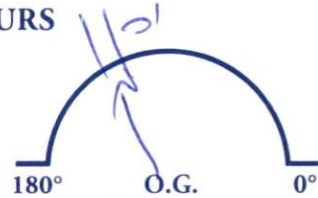
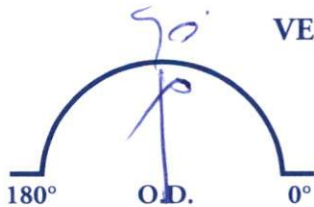
خبير محلف لدى المحاكم

CASABLANCA, LE :

01 MARS 2024

Mr :

VERRES CORRECTEURS



Vision de loin : O.D.

O.G.

Vision de près : O.D.

O.G.

Monture

Teinte

Progressif

**BENKIA HAJAR**  
3 Imm 7 GPE Lot Ennakhil  
Ennahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Tél: 08 08 56 38 77

**Dr. Abdelwahab TAKADOUM**  
Ophtalmologiste  
304, Bd. 2 Mars 1<sup>er</sup> étage  
Casablanca  
Tél: 05 22 82 93 96 / 05 27 29 10 55

Rapporter le présent Bulletin chaque fois que l'on vient consulter

304, شارع 2 مارس الطابق الأول (قرب مسجد السنة), فوق التجاري وفا بنك  
304, Bd. 2 Mars 1<sup>er</sup> étage (près de la Mosquée Essounna), Au dessus de Attijari Wafa bank  
الهاتف : 05 22 82 93 96 / 05 27 29 10 55



# BENKIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMÉTRISTE  
SPÉCIALISTE



HAJAR

7 Op, Annakhil Rahma -Etagé MG Appt 3, Imm MG 3GH 4 - Casablanca  
RC : 444374 / IF : 48502654 / CNSS : 2826225 / Patente : 32963443  
ICE : 002721244000032

FACTURE N° 20659

Casablanca, le

04.03.24

M	OULMARTI HALIMA	
Docteur :		
Monture :	optique	100000
Verres :	progressif organique AR	
VL	OD : (90° - 50) + 2.00	130000
	OG : (110° - 70) + 1.75	130000
ADD	ADD + 2.75	
VP	OD :	
	OG :	
Total :		360000
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
trois mille six cents		
D/A		

Signature et Chachet

HAJAR BENKIA  
INPE: 095028411

BENKIA HAJAR  
3 Imm 7 3PE 4 Loc Annakhil  
Errahma Dar Bouazza  
Casablanca  
Fix : 08 08 56 38 77