

# 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 rhédecin 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

- 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

N° M20- 0007014

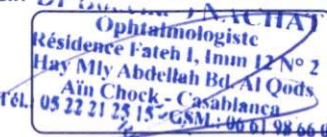
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2264 Société : R A M 202672  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Mouhib A. IDRISS  
 Date de naissance : 02/02/1951  
 Adresse : Hay Darbounha Rue G N°26  
 Tél. : 06 65 79 38 98 Total des frais engagés : 8000 AH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/03  
 Nom et prénom du malade : Mouhib A. IDRISS Age : 71  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Vice de la vision  
 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 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 15/04/2024

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 30/03/2024      |                   | CS                    | 200DH                           | <br>Dr. Rachid Yacoubi<br>Ophthalmologist<br>Residence Fatch El Hamm 12 N°2<br>Ain Chock - Casablanca<br>Tél: 06 22 21 22 15 - GSM: 06 01 98 66 06 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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

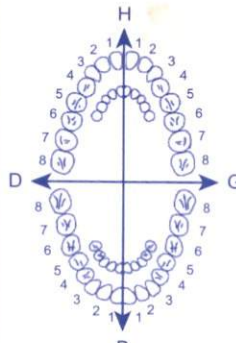
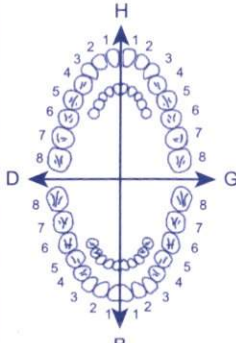
| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| <br>MONIR KHACHAN<br>OPTICIEN OPTIMETRE<br>INPE: 095018438 | 29/03/24       |        |    |    |    | 3000 DH                         |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|---|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|    |  |                  |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  | H           |   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|   | H  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | D  | G                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | B  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



X-optic : 6, Bd. Aboubakr el Kadiri  
(Rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf,  
Casablanca, Maroc  
Tél.: 05 22 78 01 01  
Mobile: 06 60 13 49 55  
INPE: 095018438  
IF: 15182364  
RC: 308097  
ICE: 000011825000049  
TP: 34092157

Facture 011222

Casablanca, le : 29/04/2024

Mr/Mme : MOUHIB ELIDRISSI Med

N° de Nomenclature : .....

Docteur : .....

|                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| Monture : <u>optique</u>              | 1000,00 |
| Verres : <u>organique Antireflets</u> |         |
| VL: <u>Amincisé</u>                   |         |
| OD: <u>+1,25 (-1,00 à 20)</u>         | 500,00  |
| OG: <u>+1,75 (-1,00 à 20)</u>         | 500,00  |
| VP: <u>organique BLANC</u>            |         |
| OD: <u>+3,75 (-1,00 à 20)</u>         | 500,00  |
| OG: <u>+4,50 (-1,00 à 20)</u>         | 500,00  |
| Totale:                               | 3000,00 |

Arrêtée la présente Facture à la somme de : Trois Mille Dhs  
Payé Par Espèce





# Dr. NACHAT Bouchaib

## OPHTALMOLOGISTE



Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Roehd

20 Aôut Casablanca

- Membre de la société française d'ophtalmologie

## الدكتور بوشعيب نشاط

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

20 غشت بالبيضاء

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

- Chirurgie de l'oeil : Adultes et enfants
- Explorations Oculaires
- Lasers - Lasik
- Urgences Ophtalmologiques

- جراحة العين : الكبار و الصغار
- التصوير الرقمي لشبكة العين
- المعالجة بالليزر - تصحيح النظر
- المستعجلات

## ORDONNANCE

30/03/2024

MOUHIB EL IDRISSI Med  
Casablanca le : .....

DEUX PAIRES DE LUNETTES + MONTURES :  
DE LOIN A R

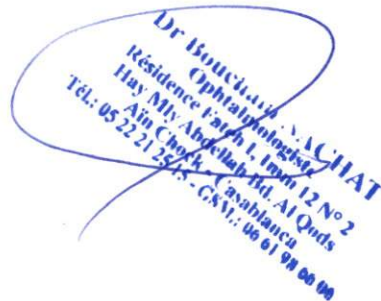
Oeil Droit : +1,25 (-1,00) à 80°



Oeil Gauche : +1,75 (-1,00) à 90°

DE PRES

Oeil Droit : +3,75 (-1,00) à 80°



Oeil Gauche : +4,50 (-1,00) à 90°

شارع القدس إقامة الفتح 1 عمارة 12 رقم 2 (أمام مقاطعة 30) عين الشق الدار البيضاء  
B.d ALQODS RESIDENCE AL FATH 1 Imm 12 N° 2 (en face Commune Urbain 30) Aïn Chock Casa

Tél : 05 22 21 25 15 - Urgences : 06 61 98 66 06

E-mail : nachat.Bouchaib@gmail.com