

# 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 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 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  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-834793

203096

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06698 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FACHTALI DRISS  
 Date de naissance : 04/03/1964  
 Adresse : Rés. N°12, av. de l'Indépendance, appt 62, Casablanca  
 Tél. : 066 13 10 633 Total des frais engagés : 766,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/02/2021  
 Nom et prénom du malade : FACHTALI DRISS  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Oculaire  
 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.




Autorisation CINDP N° : A-A-215 / 2019

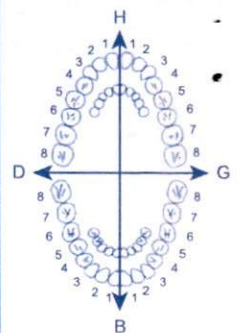
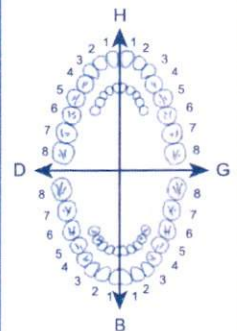


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/02/24		1	500 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/24	266,10

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	
	20/02/24					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																			
<b>Important :</b> 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION														
																			
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des Honoraires															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

21 février 2024

**Mr FACHTALI Driss**

98,00 x 2

**NAVILIPO**



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**AQUALARMES unidoses**

1 goutte x3/j 24 la dosette , pendant 3 Mois

70,10

**LEVOPHTA**



1 goutte 2 fois / j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

266,10

صيدلية د. عبد الرحمان  
Pharmacie Hay El Mar  
52 - Rue Ifrane, Hay Salam - Casablanca - Maroc  
Tél : 0911 18349



LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr



6118001270354

LOT/ رقم النسخة

FAB/ تاريخ الإنتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

280

10 - 2023

09 - 2025

66669



PPV: 70,10 DH

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH





21 février 2024

**Mr FACHTALI Driss**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 1.00 (+ 0.50 à 100°)

OG = + 1.25 (+ 0.50 à 120°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75







CASABLANCA EYE CENTER

CASABLANCA LE : 21/02/24

## Reçu

Mr /Mme

: FACHTALI DRISS

LA SOMME DE

: 500DH

ACTE REALISE

: O Specialiser



52 , Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.  
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687  
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77  
Contact@casablancaeyecenter.com  
www.casablancaeyecenter.com

    @casablancaeyecenter



OPTICIEN- LUNETTIER -CONSEILS VISAGISTE

*Un autre regard sur vos yeux*

FACTURE N° :

N° 003043

Casablanca, le: 20/04/2024

Mme / Mr : FACHALI DRISS

Dr: RAISS



VL

VP-Add

OD : +1.50 (+c. 5.00 100)

OD : +2.75

OG : +1.25 (+c. 5.00 120)

OG : +2.75

Monture

Verres

Opti (Cher)

caq + AR + Plagussif

1200 DH

2000 DH

Total à payer: 3200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois

Mille Deux Cent

Cachet et signature