

# 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.

## Diagnostique 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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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- 061482

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2291 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFI KHALID

Date de naissance : 08/10/1957

Adresse : 23 LT AL ASSIL MOHAMMEDIA

Tél. : 066840777 Total des frais engagés : 1.900.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ADDA Abderrahim  
OPHTALMOLOGISTE  
584 EL Hassania1. EL Alia  
5 23 28 45 39/Fax 05 23 28 13 65

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : CHAFI KHALID Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : MOHAMMEDIA

Le : 25/01/2021

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

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 Bon état des Actes
23 Nov 2020	CS		2500	

## 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	
	25-1-21		Monture			1250,00
			2 V progressifs			3400,00
						T: 4650,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr ADDA abderrahim  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
des Yeux et Annexes  
Contactologie

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Bordeaux II  
de Cluj Napoca  
(Ex. attaché des Services  
d'Ophtalmologie de Bordeaux II)  
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم  
إختصاصي في أمراض وجراحة  
العيون  
والعدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببردو II  
وكلوج نابوكا  
ملحق سابقا بمستشفيات بردو  
(بالموعد)

23 Nove 2020

Mohammedia le: .....

CHAFI KHALID

Vision de loint

- Oeil Droit:

$(85^\circ + 0,50) = +0,25$

- Oeil Gauche:

$(100^\circ + 0,25) = +1$

OPTIQUE SAFY

Chadia SAFY

Opticienne - Optométriste

Casa Imm. Tournessol N°6

Mohammedia

05 23 28 67 89

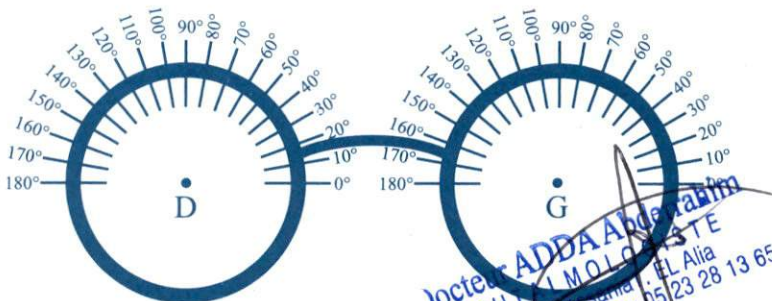
Vision de près

- Oeil Droit

- Oeil Gauche:

$100^\circ + 2,50$

DP=64 mm



Dr ADDA Abderrahim  
OPHTALMOLOGUE  
584, EL Hassania 1, EL Alia  
05 23 28 45 39 / Fax 05 23 28 13 65  
Mohammedia



OPTIQUE SAFY  
INPE N° 095006490

Mohammedia le 25 janvier 2021

FACTURE N° 6017

Mr : CHAFI KHALID

Ordonnance du Docteur ADDA ABDERRAHIM						
	œil droit			œil gauche		
	sph.	cyl.	axe	sph.	cyl.	axe
Loin	0,25	0,50	85°	1	0,25	100°
Près	Add. + 2,50					
Désignation				Prix TVA Incuse		
Monture:	CELLULO			1 250,00		
Verres:	ZEISS 1.5 LIGHT D BLEU					
OD	0,25	(+0,50 à 85°)		1 700,00		
OG	1,00	(+0,25 à 100°)		1 700,00		
ADDITION : Add. +2,50						
TOTAL				4 650,00		
DROIT DE TIMBRE				0,25% 11,625		
TOTAL				4 661,63		

MONTANT EN LETTRE

QUATRE MILLE SIX CENTS SOIXANTES ET UN DIRHAMS 63 CTS

BD Sebta imm. Tournessol r magasin n° 2 28000 Mohammedia Tél. 05 23 28 67 69  
RC 12 222 IF 54502043 PATENTE 39241520 ICE 00182 97 28 0000 26  
CNSS 4641131 INPE N° 095006490