

# 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.

## Educateur :

- 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.

## Prothésiste :

- 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

- Déclaration : contact@mupras.com
- Personne 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.

8 : 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° P19- 051485

61150

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7326 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : M. RAHI ESSADIA  
 Date de naissance : 30/12/1961  
 Adresse : Hbsi helle  
 Tél : 0641311014 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : RAHI ES-SADIA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection ophtalmologique  
 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 : 25/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
16/02/21	CSTH		300 RH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

16/02/21

60,00

# 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

24/2/21

1.000,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

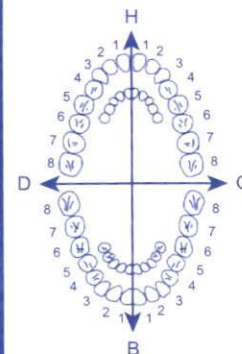
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



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]

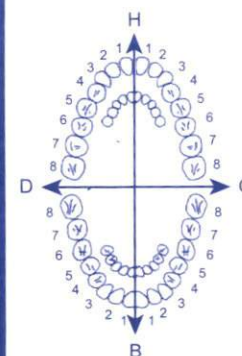
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

# Docteur Asmâa FADIL

Spécialiste des maladies et Chirurgie  
des yeux Adultes et Enfants

- Ancienne Interne du CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Diplômée en chirurgie réfractive et phacoemulsification (Paris)
- Diplômée en rétine médicale (Créteil-France)
- Diplômée en contactologie (Bordeaux)
- Diplômée en surface oculaire (Tours-France)



## الدكتورة أسماء فاضل

اختصاصية في أمراض وجراحة  
العيون للكبار والأطفال

- طبيبة داخلية سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد الدار البيضاء
- دبلوم جراحة الجلالة بالليزر وتصحيح البصر (باريس)
- دبلوم أمراض الشبكية (كريتيل فرنسا)
- دبلوم العدسات اللاصقة (بورديو)
- دبلوم أمراض القرنية (تور فرنسا)

16 février 2021

Mme RAHI Es-sadia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 80°)

OG = + 1.25 (- 0.50 à 80°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

OXYAL. COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

**OPTIQUE AL FATH**  
Opticien Optométriste  
Bd. Moudoukhalla Bloc E - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Pte: 36616819 - I.F: 40178251  
RC: 377480 - ICE: 000805600000

**OPTIQUE AL FATH**  
Opticien Optométriste  
Bd. Moudoukhalla Bloc E - 1<sup>er</sup> Etage - Casablanca  
Pte: 36616819 - I.F: 40178251  
RC: 377480 - ICE: 000805600000

**PHARMACIE LABANI**  
JOUBANI Labani  
Droguerie et Pharmacie  
28, Rue 2 Let Sidi Moumen  
Casablanca - Tel: 05 22 70 03 43

الهاتف : 05 22 74 53 53 : Tél.

شارع محمد الزفزاف، ريم 1، رقم 8، الطابق الثالث، رقم 20، أناسي - الدار البيضاء

Bd Med ZAFZAF, Rym1, N° 8, 3<sup>ème</sup> étage, N° 20, Anassi - Casablanca - E-mail : dr.asmaa.fadil@gmail.com

ICE : 001958257000015 - I.F : 20799647 - PATENTE : 37164888





Bd. Moudibokeita, Bloc (J) N°83 - Casa

Pte.: 86616616 - IF: 40178251

RC: 377480 - ICE: 0008056000089

شارع موديبوكيتا بلوك (ج) رقم 83

الدار البيضاء

البيانات: 36616616

## FACTURE

N° 001145

Casablanca le : 24/2/21

M: RATTI Es Gadia

N° de Nomenclature :

Docteur : ASMÈC PABIL

Monture : optique plastique 1400,-

Verre : organique blanc

VL:

OD:

(-0,50 à 80°) +1

OG:

(-0,50 à 80°) +1,25 2600,-

VP:

add

OD:

+2,50

OG:

+2,50

Total

4800,-

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de

quatre mille huit cents

OPTIQUE EL FATH  
Opticien Optométriste  
Bd. Moudiboukita, Bloc E. N°83 - Casablanca  
Pte: 36616616 - IF: 40178251  
RC: 377480 - ICE: 0008056000089