

# 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.

## Biologie 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 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° M21- 0060370

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9461 Société : 90525

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELEM KADEM MOHAMMED

Date de naissance : 05-03-1965

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0660371092 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12.08.2021

Nom et prénom du malade : ALI MOHAMMED MADI Age: 14 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12 AOUT 2021    | Ce                |                       | 2500                            | Dr. Mohammed MADI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>105, Av. 2 Mars - Casablanca<br>Tél: 06 62 22 33 50 61 - Gsm: 06 61 52 82 11 |

# 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 |                                 |
| Optique Le Beau Coin<br>Moudiboukta Bloc (J) N°70<br>Casablanca<br>Gsm: 06 25 27 25 92 | 31/8/21        |        |    |    |    | 2500                            |

# 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 |
|                              |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                              |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                              |   |                  |             |                         |
|                              |   |                  |             |                         |
|                              |   |                  |             |                         |
|                              |   |                  |             |                         |
|                              |   |                  |             |                         |
|                              |   |                  |             |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br>H<br>25533412 21433552<br>00000000 00000000<br>D 00000000 00000000 G<br>35533411 11433553<br>B<br>[Création, remont, adjonction]<br>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'EXECUTION

# Optique Le Beau Coin



Patente N° 36612797 - I.F : 50791172 - R.C : 335648

INPE : 001719172 - ICE : 00179006000087

Bd Moudibokita Bloc (j) N°70- Casablanca

Facture

N°

1758

Casablanca le : 31/08/2024

Mr: BEZEMKADET ALAN

VL: 112 An

OD: 1 - 0.25

OG: 1 - 0.25

VP: 112 An

OD: 112 An

OG: 112 An

Monture: 112 An

Verres: 112 An

Total: 2300.00

Arrêtée la présente Facture à la Somme de 2300.00

Optique Le Beau Coin

Bd. Moudibokita Bloc (J) N°70

Casablanca

Gsm: 06-25-27-25-92

Optique Le Beau Coin

Bd. Moudibokita Bloc (J) N°70

Casablanca

Gsm: 06-25-27-25-92

Optique Le Beau Coin

Bd. Moudibokita Bloc (J) N°70

Casablanca

Gsm: 06-25-27-25-92

Optique Le Beau Coin

Bd. Moudibokita Bloc (J) N°70

Casablanca

Gsm: 06-25-27-25-92

Optique Le Beau Coin

Bd. Moudibokita Bloc (J) N°70

Casablanca

Gsm: 06-25-27-25-92



**Docteur Mohammed MADI**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



INPE 091096149



**الدكتور محمد الماضي**  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بالرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات  
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء

جراحة إجلالة - حول العين - الشبكة  
تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca, le 12 août 2021

**Enf. BELEMKADEM Alaa**

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = - 0.25

OG = - 0.25

**Optique Le Beau Coin**  
Bd. Moudiboukita Bloc (I) N°70  
Casablanca  
Gsm: 06 25 27 25 92

**Optique Le Beau Coin**  
Bd. Moudiboukita Bloc (I) N°70  
Casablanca  
Gsm: 06 25 27 25 92

Dr. Mohammed MADI  
OPHTALMOLOGISTE  
105, Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél: 05 22.83.50.61 - Gsm: 06 61 52 82 11

اقامة أيمن II - 105, شارع 2 مارس (زاوية شارع مولاي إدريس الأول) الشقة 2 الطابق الأول - الهاتف : 05 22.83.50.61 - المستعجلات : 06 61.52.82.11  
Résidence AYMANE II - 105, Av. 2 Mars (Angle Bd. Moulay Driss 1<sup>er</sup>) - App. N° 2 - 1<sup>er</sup> Etage - Tél. : 05 22.83.50.61 - Urgences : 06 61.52.82.11

E-mail : madiophta@icloud.com