

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Maladie chronique :

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- 070626

106898

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11265 Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ASSOUHLY Hama

Date de naissance : 28/02/76

Adresse :

Tél. : 066119267 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2022

Nom et prénom du malade : ASSOUHLY HASMA

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Ambly

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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) :



# 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
09/02/12	Sc.ceph		800	<b>Dr. MRAD DAHMAD</b> Ophthalmo-ORL mm. Liberté Boulevard de la Résistance 22 31 58 20 / 05 22 31 58 20


# 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

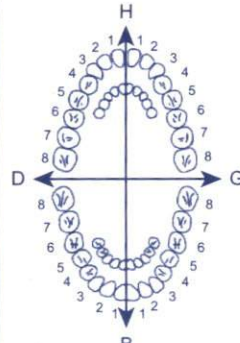
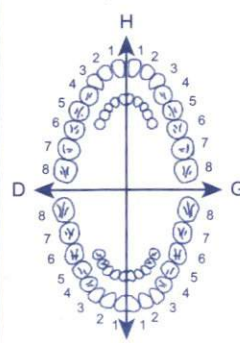
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	27/02/12					#3420, P.20

# 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		G	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et chirurgie des yeux - phacoémulsification à ultrasons

Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris Casablanca le 09/02/2022

**الدكتور مراد الدالي أحمد عماد**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

Madame ASSOUIHLY HASNAA

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES ORGANIQUES ANTIREFLET  
MULTICOUCHES

Oeil Droit : +0,25 (-0,75) à 5°

Oeil Gauche : (-0,75) à 175°

+ monture

OPTIQUE BELVEDERE  
8 BIS RUE DE TALENCEN  
BELVEDERE  
CASABLANCA 20300

**Dr. MRAD DALI Ahmed Imad**  
Ophtalmologiste

**Dr. MRAD DALI Ahmed Imad**  
Ophtalmologiste

Imm. Liberté Boulevard de la Résistance  
Ben Jdia - Tél : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42  
Casablanca

عمارة الحرية مدخل الأوسط. الطابق الرابع شارع المقاومة - بن جديدة ساحة لومكر دوبراى الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Imm. LIBERTÉ 4ème étage. Place Lemaigre Dubreuil - Bd Résistance - Ben Jdia - Casablanca - © 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42

Email : ophtha.dali@gmail.com



# OPTIQUE BELVEDERE

6 BIS, RUE TLEMCEN BELVEDERE  
20300 CASABLANCA  
Tél: 0522403435  
Fax: 0522403435

Mme ASSOUIHLY HASNAA

FACTURE N° : F22/0537

Date : 07/03/2022

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur
OD/ VERRE ORGANIQUE 1.56 BLUE PROTECT KODAK	1	900.00	900.00
OG/ VERRE ORGANIQUE 1.56 BLUE PROTECT KODAK	1	900.00	900.00
MONTURE METALLIQUE FESTINA	1	1300.00	1300.00
Corrections : VL D. Sph: +0.25 Cyl: -0.75 Axe: 5° VL G. Sph: 0.00 Cyl: -0.75 Axe: 175°			
Total TTC	3		3100.00
Dont TVA 516.67			

IF: 46205435 / ICE: 000885245000058 / TP: 31223412

Le code INPE : 095019261 Le code à barres :



OPTIQUE BELVEDERE  
6 BIS RUE TLEMCEN  
BELVEDERE  
CASABLANCA 20300