

# 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.

## Maladie :

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.

## Education :

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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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

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 - 5ème 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- 080309

1-8218

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1234

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAFRI Abdelkader

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Bloc D N°07 HAY SAADA

HAY HASSANI

Tél. : 0674315818

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHADIJA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

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 : CASABLANCA

Le : 16/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                 |            |                       |
|-------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|                                           | 08/05/2022 | 2400,00               |
| 001823017000027                           |            |                       |

[illegible][illegible]

**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

| SOINS DENTAIRES               | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                     |             |                            |
|                               | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>D</b><br/>           25533412<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/>           21433552<br/>           00000000<br/>           00000000<br/>           11433553<br/> <b>B</b> </div> <div style="text-align: left;"> <b>G</b> </div> </div> |                     |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |
|                               | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Dr. FATIMA AMIR

## Spécialiste en chirurgie et maladies des yeux

- Lauréate de la faculté de Médecine et de pharmacie Casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital 20 Août Casablanca
- Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Hassan II Khouribga
- Ex Ophtalmologue à l'Hôpital Sekkat
- Membre de la société française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification
- Chirurgie de Glaucome, Chirurgie de Strabisme
- Chirurgie réfractive (Lasik) - Ophtalmo-pédiatrie
- Laser - Angiographie rétinienne - OCT - Echographie Oculaire...



## الدكتورة فاطمة عامر

### طبيبة اختصاصية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الحسن الثاني للطب والصيدلة
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى 20 غشت
- رئيسة قسم طب العيون سابقا بمستشفى الحسن الثاني خريجة
- طبيبة عيون سابقا بمستشفى السقاط
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

- متخصصة في جراحة الجلالة وتصحيح النظر بالليزر من جامعة السربون باريس
- متخصصة في علاج أمراض شبكة العين من جامعة السربون باريس
- متخصصة في علاج وجراحة الحول وطب عيون الأطفال من جامعة نانت بفرنسا

طبيبة مرخصة لأداء  
الشواهد الطبية  
لرخصة السياقة

الدار البيضاء، في 04/03/22 Casablanca, le 04/03/22

## Ordonnance

- Diplômée en imagerie  
et maladies rétiniennes à  
la faculté de médecine  
Lariboisière (Paris Sorbonne)

- Diplômée en Chirurgie  
réfractive et Phacoémulsification  
à l'université de Toulouse III

- Diplômée en  
ophtalmologie-pédiatrique  
et strabologie avancée à  
la faculté de médecine Nantes

- Diplômée en Adaptation  
e lentilles de contact à  
Université Bordeaux II  
NPE 091032532

Handwritten notes and signatures on the prescription form. The text includes "L'ADRESSE OPTIQUE" and "OPTICIENNE - OPTOMETRIE" followed by the address "402 - Av. Abdelhadi Senhaji Drissia 1" and phone number "05 22 78 45 46 - 06 45 03 03 14". There are also handwritten prescriptions for glasses: "D = - 1 ( - 0,5 ) 165" and "G = - 0,5 ( - 1,5 ) 15".

404, Av. Abdellah Senhaji  
Idrissia 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 28 70 73  
Fax : 05 22 80 18 36

# K - DER OPTIQUE

patente : 33664052  
C.N.S.S : 23561145  
R.C : 20 47 88

FACTURE

IF : 02520198  
ICE : 00182301700027  
INP : 095004081

Casablanca, le

M

O.D. =

ADD. =

O.G. =

ADD. =

Ordonnance du docteur

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

Loin

O.D. =

O.G. =

Prés

O.D. =

O.G. =

D.F.

O.D. =

O.G. =

FOURNITURE :

1 Montures :

2 Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**K - DER OPTIQUE**  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Senhaji Drissia 1  
Tél : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca