

## 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 radiot 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 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 3 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-654968

133527

- Maladie    
  Dentaire    
  Optique    
  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04489     Société : RAM  
 Actif      Pensionné(e)      Autre :  
 Nom & Prénom : ABDELJOUJON ABDELHADI  
 Date de naissance : 25 05 1960  
 Adresse : 270 LOTISSEMENT YASMINA  
 Mammedia  
 Tél. : 0663641251     Total des frais engagés :     Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ABDELJOUJON ABDELHADI     Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même      Conjoint      Enfant  
 Nature de la maladie : Luks au conduction  
 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.

Mammedia     Le : 28 / 09 / 2022

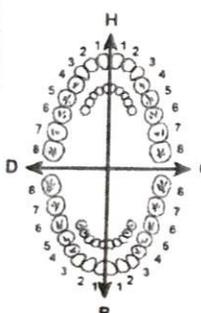
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
08 SEPT 2022	S		25000	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	28/09/22	89,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	13/10/22		32,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cps de prothèses ou de traitement canelaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]														
				MONTANTS DES SOINS [ ]														
				DEBUT D'EXECUTION [ ]														
				FIN D'EXECUTION [ ]														
	<b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
tous les 6 des données de l'Horloge			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] MONTANTS DES SOINS [ ] DATE DU DEVIS [ ] DATE DE L'EXECUTION [ ]															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
ATICIEEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Santé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليب

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

Mohammedia , Le : 28/09/2022

المحمدية في :

ABDELMOUMEN ABDELHA

Handwritten signature



HY LIGHT COLLYRE 1 GOUTTE 3 FJ

Handwritten initials

NAME

29\_SEP\_2022 AM 02:16

NO. 4033

SN: 2632691

TONO. DATA

	mmHg			AVG.
R	14	13		14
L	16	15	14	15

TOPCON



Dr. M. QERMANE  
Ophtalmologiste  
Rta Doukkala, N°7 - Kasbah  
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89

PPC 89,00 dh

LOT 0041020  
2023 10

زقنة دكالة رقم : 7 - القصة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

نظارات النصر  
OPTIQUE TRIOMPHE



MEDICAL ET SOLAIRE

Av. des F.A.R. - 6, Rue du Rif  
Mohammedia Tél : 05 23 32 68 05  
Registre de Commerce : 1638  
Patente : 39401670

Mohammedia, le : 19 10 2022

M: Abdelhakim  
Abdelhakim

FACTURE N° 000476

ICE : 001770371000031

I.F : 54502520

Ordonnance de Mr. le Docteur Dr. MANE

N° de nomenclature  
Correspondant  
A la prescription

VL . OD : axe 80 - cyl -1 - sph +20

OG : axe 95 - cyl -1 - sph +20

OD 407 - 408

VP . OD : axe - cyl +3 - sph

OG 407 - 408

OG : axe - cyl +3 - sph

QUANTITÉ	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
<u>2</u>	<u>Mountures</u>		<u>9600</u>
<u>2</u>	<u>Verres</u>		<u>14000</u>
	<u>Etuis</u>		<u>800</u>
	<b>Total ( en )</b>		<u>32400</u>

Arrêtée la présente Facture à la somme de : 32400

Optique Triomphe  
Opticien Optométriste  
8, Rue du Rif, Mohammedia  
Tél : 05 23 32 68 05

**Docteur M. QERMANE**

**OPHTALMOLOGISTE**

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Sur Rendez-vous



**الدكتور قرمان مصطفى**

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بليب

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

28/09/2022

Mohammedia , Le .....: .....: المحمدية في

**ABDELMOUMEN ABDELHADI**

Monture + Verres PROGRESSIFS ANTI REFLETS

**O D :** -0.25 (-1,80°)

**O G :** -0.25 (-1,75°)

**De près**

**O D :** ADD +3

**O G :** ADD +3

مطارات النصر  
**OPTIQUE TRIOMPHE**  
Opticien Optométriste  
8, Rue du Rif Mohammedia  
Tél: 05 23 32 68 95

**Dr. M. QERMANE**  
Ophtalmologiste  
Rue Doukkala, N°8 - Kasbah  
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89

زققة دكالة رقم : 7- القصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89  
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com