

# 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.

## 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 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

M22- N° 002767

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMMOU ABDELWAHEB  
Date de naissance : 21.04.1951  
Adresse : Residence 41 Manar Inn. P. App. 6  
Avenue BIL ANZARANE EL JADIDA  
Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19 DEC 2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : vice de refraction

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : EL JADIDA Le : 19/12/2022

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
19 DEC 2022	C2		2500dh	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

 19/12/22      124,40

## 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

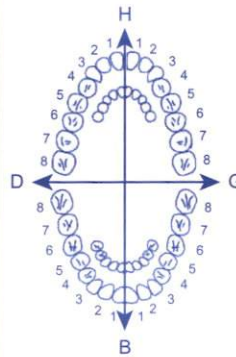
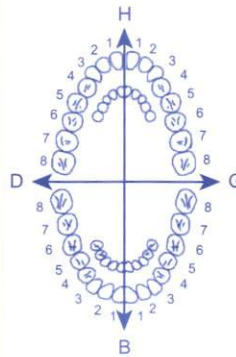
 4/1/23      Monture Venet      3200DH

# 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<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> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Abada Afaf**  
Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux



**الدكتورة أباطة عفاف**  
اختصاصية في طب  
العيون

El Jadida Le : **19 décembre** : الجديدة، في :  
**2022**

Nom : **Mr. HAMMOU Abdelouahed**

**NAVILIPO**

1 gtt 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant

**STERDEX PDE**

1 APP LE SOIR PDT 12 JRS, dans l'œil gauche

PHARMACIE EZZI DUNA  
Rafika FOUNSI  
Lot 711, ESSALAM 1 - El Jadida  
Tél : 05 23 34 44 32

**Dr. ABADA AFAF**  
Ophtalmologiste  
Bd Ibn Badis, Centre Ibn Badis B,  
3ème Etage, N° 23-24, El Jadida  
TEL : 0523 390 039 - GSM : 0677 205 210



شارع إبد باهيس، مركز إبد باهيس ب، الطابق الثالث، الرقم 23-24، الجديدة

Bd, Ibn Badis, Centre Ibn Badis B, 3ème Etage, N° 23-24, El jadida

**Tél : 05 23 39 00 39 - GSM : 06 77 20 52 40**

Patente : 42107855 - IF : 15252151 - CNSS : 4429363 - INPE : 091032490 - ICE : 001795865000005



Angle Bd. 2 Mars et Bd El Kods  
Imm - Mag n°5 - Aïn Chok  
Casablanca - Tél. : 022 52 59 88

N° Identification : 02202896  
Patente : 34062115  
R.C. : 127047

ICE 000037335000076

Nom et Prénom : HAMMAD ABDELOUAFED

Date : 4/1/2023

Vision de Loin		Vision de Près	
OD : Sph	+2.50	OD : Sph	+5.00
Cyl	-0.75x180	Cyl	-0.75x180
OG : Sph	+2.50	OG : Sph	+5.00
Cyl	-0.75x130	Cyl	-0.75x130

## Double Foyer

OD : Sph \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

OG : Sph \_\_\_\_\_ Cyl : \_\_\_\_\_ ADD : \_\_\_\_\_

Quantité	Désignation	Prix
	Monture : <u>optique</u>	700 DH
	Verre : <u>progressifs</u>	2500 DH
	<u>contrôle</u>	
Montant en lettres : <u>Trois mille</u>	Total	3200 DH
<u>deux cents dix-huit</u>		

NOTR'OPTIC  
Cachet & Signature  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Kods - Mag. N°5  
Imm. Al Majd - Aïn Chock - CASA  
Tél : 05 22 52 59 88

**Dr. Abada Afaf**

Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux



الدكتورة أباطة عفاف

اختصاصية في طب  
وجراحة العيون

El Jadida Le : 19 décembre  
2022 الجديدة، في :

Nom : .....

**Mr. HAMMOU Abdelouahed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
PHOTOCHROMIQUES TEINTES Antireflets

VL : OD = + 2.50 (- 0.25 à 180°)

OG = + 2.50 (- 0.75 à 130°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**NOTR'OPTIC**  
Angle Bd. 2 Mars et Bd.  
El Kodis - Mag. N°5  
Imm. Al Maïda - Ain Chock - CASA  
Tél : 05 22 52 59 88

**Dr. ABADA AFAT**  
Ophtalmologiste

BD. IBN BADIS, CENTRE IBN BADIS B,  
3ème ETAGE, N° 23 - 24, EL JADIDA  
Tél : 0523 390 039 - GSM : 0677 205 240

شارع إِبْرَاهِيم، مركز إِبْرَاهِيم، الطابق الثالث، الرقم 23-24، الجديدة

Bd, Ibn Badis, Centre Ibn Badis B, 3ème Etage, N° 23-24, El jadida

**Tél : 05 23 39 00 39 - GSM : 06 77 20 52 40**

Patente : 42107855 - IF : 15252151 - CNSS : 4429363 - INPE : 091032490 - ICE : 001795865000005