

# 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- 0035868

Maladie  Dentaire  Optique *payé*  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05480 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : AMMAR ABDELKADER  
 Date de naissance : 16/03/65  
 Adresse : HABITUELLE  
 Tél. : 0661109059 Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16/11/2022  
 Nom et prénom du malade : EL BAID FATIMA Age: 55  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : AFFECTION oculaire  
 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 : C.A.S.A. Le : 16/11/2022  
 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
16-11-2022	CS		3.000,00	

### 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
M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue rguibate Casa <b>Akram Daali</b>			

Inpe : 065032633

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M-A-D Optic Opticien Optométriste 63 Rue rguibate Casa	27/11/2022					3700,00

### 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	G																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N° : **NE 017996**

Casablanca, le: 03/12/2022

Mme / Mr : EL RAJID FATIMA

Dr: Amal. RAKAA

OD : (65<sup>VL</sup> = 47) + 1  
OG : (65<sup>VL</sup> = 20) + 12

VP-Add  
OD : 1.0 + 2.25  
OG : 1.0 + 2.25

Monture

Verres

Pfice  
1900 DH

Pfice 6.800 + 1.000  
2000 DH

Total à payer: 3700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : ITB. m. n.

SAP 2022

Akram Daali  
Tél: 065032633

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse: 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36  
Capitale 100.000 - Patente: 35402703 - IF: 47232711 - RC: 6123  
ICE: 002642590000069

Docteur Amal RAKKAA  
Ophtalmologiste



الدكتورة أمال راكم  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

- Diplôme **Contactologie** à l'université de Bordeaux
- Diplôme **Chirurgie Réfractive** et de **Phacoémulsification** Université de Besançon
- Diplôme **Oeil** et **Médecine Interne** Université Pierre et Marie Curie - Paris
- Diplôme **Imagerie** et **Pathologie Rétinienne** Hôpital Lariboisière - Paris
- Diplôme **OCT** en **Ophtalmologie** à l'université de Bordeaux

جراحة الساد (الجلالة) بالأموح  
فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي  
الليزر - الحول  
تقويم الرؤية بالليزر - العدسات اللاصقة

Casablanca, Le **16 novembre 2022**

**Mme EL BAID Fatima**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques

VL : OD = + 1.00 (- 0.75 à 65°)

OG = + 1.25 (- 0.50 à 125°)

VP : ODG = Add : + 2.25

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue rguibate Casa

405 EL BAID  
Casablanca  
Tél : 06 73 98 15 03