

## 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 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

- Reclamation : 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-771398

143827

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13119 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOURFOUN FARAH  
 Date de naissance : 02/12/1991  
 Adresse : 22 Rue Tolbrouk Apt 5 RABAT - Hassan  
 Tél. : 0670620806 Total des frais engagés : 13.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: MUPRAS, 05 JAN 2023, MOHAMED MADI, OPHTHALMOLOGISTE, 2 Mars - Casablanca, 06 61 52 82 11]  
 Date de consultation : 12/12/2023  
 Nom et prénom du malade : BOURFOUN FARAH 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 : Le : / /

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
12/11/2022			30084	INP : 091045149

### 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
AB2N 7, Rue Bour Laale, CASABLANCA	12/11/2022					1.000,00

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed MADI

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Ancien Ophtalmologiste des Hôpitaux

Bouafi et My Youssef de Casablanca

Microchirurgie de la Cataracte - Strabisme - Rétine

Angiographie - Laser



الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بالرباط  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيب اختصاصي سابقا بمستشفيات  
بوافي و مولاي يوسف بالدار البيضاء  
جراحة اجلالة - حول العين - الشبكة  
تخطيط أوعية الشبكة - الالابرز

I.C.E.: 001751624000054

Casablanca 12 novembre 2022

Mme BOURFOUN Farah

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = ( - 0.25 à 120°)

OG = ( - 1.00 à 60°)

ATTENTION AU CENTRAGE SVP+++

ABEN  
Rue Achir Laale,  
CASABLANCA

الدكتور محمد الماضي  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. Mohammed MADI  
OPHTHALMOLOGISTE  
105, Av. 2 Mars - Casablanca  
Tél : 05 22 83 50 61 - Gsm : 06 61 52 82 11



# NADARI

## Facture

**Client :** Bourfoun Farah  
**Mobile :** +212670620806

12/11/2022

N° Facture : #011627

	Oeil droit	Oeil gauche
SPHÈRE	0	0
CYLINDRE	-0.25	-1
AXE	120	60
ADDITION		
ECART PUPILLAIRE		
HAUTEUR		

Produit	Quantité	P.U (DHS)	Total TTCs (DHS)
Monture	1	200.00	200.00
Vision de près / loin   Standard   Anti-lumière bleue + Anti-reflet			800.00 DHS
Sous-total HT			833.33 DHS
TOTAL TTC			1000.00 DHS

AB2N  
7, Rue Bachir Laalej,  
CASABLANCA

Adresse : 7 rue Bachir Laalej, Derb Ghallef / Av. Abdelmoumen

Tél : +212 6 69 71 53 10 | +212 6 69 90 32 06 | Email: [contact@nadaristore.com](mailto:contact@nadaristore.com)

NADARI (AB2N) IF : 47317816 | RC : 482035 | PATENTE : 34750751 | ICE : 002641370000029