

# **COMMANDATIONS 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.

## **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- 0016666

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1072 Société : AL3876

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Youssef Abdelmajid

Date de naissance : 04/02/1956

Adresse : toujours la même

Tél. : 06 29 20 91 28 Total des frais engagés : 250 + 89,30 = 339,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 DEC 2021

Nom et prénom du malade : M. BEN YOUSSEF Abdelmajid Age : 72 ans

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 : Casa Le : 22 / 12 / 2021

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
22 DEC 2022	CS OF		250	<b>Dr. Mohamed ATTICH</b> <b>Ophthalmologue</b> Av. Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50 N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 05.22.73.37.44

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Pharmacien	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE BLOC</b> Casablanca Rue 2 N. GHOFRANE NPE : 092029248	22.12.22	89.30

# 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	
<b>HORIZON OPTIQUE</b> Hay El Ghazal N° 27 Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 06 60 40 33 19	23/12/22					3500

# 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"/>																									
	<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H		G																									
		25533412	21433552																										
		00000000	00000000																										
		00000000	00000000																										
35533411		11433553																											
B																													
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

*Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux*

*Ex Medecin à l'hôpital des spécialistes de Rabat.*

*Membre de l'European Society of Cataract and  
Refractive Surgeons*

*Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification*

*Chirurgie vitreo rétinienne*

*Eil et Diabète*

*Chirurgie réfractive, LASIK*

*OCT - Angiographie - laser*

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط

عضو الجمعية الأوروبية للجراحة الإنكسارية و الجلالة

جراحة المياه البيضاء بالموجات فوق الصوتية (الفاكو)

جراحة الشبكية والجسم الزجاجي

علاج مخلفات مرض السكري على العين

تقويم الرؤية بالليزر

انجيوغرافيا - لايزر

Casablanca le : 22/12/2022 : الدار البيضاء، في :

Mr : BENYOUSSEF ABDELMAJID

Verres correcteurs + montures : amincis. Antireflets, (2 paires)

De Loin: OD : +2.25 (-1.25 à 90°)

OG : +2.00 (-1.25 à 80°)

De Près : ADD: +3.00 ODG

89.30  
1 - AZELASTIN-COMOD (collyre)

1goutte 2 fois par jour dans les deux yeux

HORIZON OPTIQUE  
Hayel Qods - Sidi Bernoussi - Casablanca  
N° 21 Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél : 06 60 22 28 19

PHARMACIE BLOC "C"  
Rue 2 N° 1-16 Bloc (C)  
Q Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

Dr. Mohamed ATTITCH  
Ophtalmologue  
Av. Souhaib Erroumi Amal 4 Rue 50  
N° 17 Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél: 05.22.73.37.44

Steripharma  
PPV: 89,30 dh

A utiliser avant / Lot n°

Ave

0114024

303259

شارع صهيب الرومي أمال 4 زنقة 50 رقم 17 (مقر الجماعة الحضرية)

Amal 4 rue 50 N° 17 (Ex-siège de la commune urbaine)

Sidi Bernoussi - Tél : 05 22 733 744



Casablanca le 23/12/22

الافق نظارات

# HORIZON OPTIQUE

Hay el Qods Bd othmane bno affane n° 21

Sidi Bernoussi, casa

IF: 20677655

ICE : 001777603000028

Patente: 31622600

RC : 424752

Tél: 06 60 23 28 19

## FACTURE

N° 1810/12

M. Benyoussef ABDELMAJID

Doit

N° de nomenclature Correspondants à la Prescription du Docteur	Vision de loin	Vision de près
Attitice	O.D. +2.2(-1.8 à 90°) O.G. +2(-1.8 à 80°)	O.D. Add +3 O.G. Add +3

FOURNITURES : (VL + VP)		
Montures : METAL	1600	
Verres : Progressif AR Plan Ancis		
O.D. +2.2(-1.8 à 90°) Add +3	1000	
O.G. +2(-1.8 à 80°) Add +3	1000	
TOTAL :	3.600	

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois mille six cents dirhams

HORIZON OPTIQUE  
Hay El Qods Bd othmane Bno Affane  
N° 21 Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 06 60 23 28 19