

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-783726

152949

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10981 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSADY AMAL

Date de naissance : 17/06/1974

Adresse : Villa 501 - Bouée de Golf N°4 Casablanca

Tél. : 066143602 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : Assady Amal 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 18/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
18/01/2023	Topographie	5	500,00	INP : 091118349


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

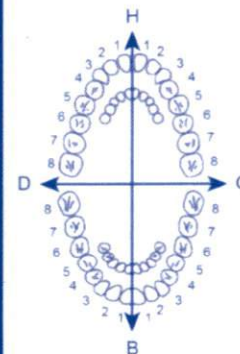
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

# AUXILIAIRES MEDICAUX

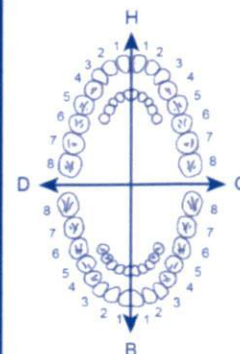
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/12/23		4	500,00		

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

**Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS**  
*Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles*

**Dr. Abderrahmane RAISS**

*Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,  
Chirurgie de la Strabisme (Laser / Ophtalmo)*

**الدكتور الرايس عبد الرحمان**

*اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر النظر (الليزر / الجراحة)*

**Reçu de caisse N° : 281474976742887**

Casablanca, le .....

najwa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT230110112717	ASSADY Amal	18/01/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cons réfractive	500,00
Reçu établi par :	Total payé	500,00





RC : 337929  
IF : 152941111  
ICE : 000112884000066

Le : 31/01/23

M : ASSADY AmAL

Type des verres :

progrèsif AR

Monture :

optique

1162,00 DH

Vision de loin :

OD Axe 80° Cyl +0,71 Sph +0,71

+0,71

1162,00 DH

OG Axe 67° Cyl +0,71 Sph +0,71

+0,71

1162,00 DH

Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add

+2,21

Montant :

1162,00 DH

EVE OPTIC S.A.R.L.  
OPTICIEN  
6, Bis Rue Ibn Hajjaj AV. MARS  
CASABLANCA - Tél: 06 62 22 81 33  
I.F: 05294111 - R.C: 337929  
ICE: 000112884000066



## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

### Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte

par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme

Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

### الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

18 janvier 2023

Mme ASSADY Amal

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 0.75 (+ 0.75 à 80°)

OG = + 0.75 (+ 0.75 à 67°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

ICF: 000112884000066  
I.F. 05294111 - R.C. 337929  
CASABLANCA - Tél. 06.63.78.91.9  
6, Bis Rue Ibn Hajar Av 2 Mars  
OPTICIEN  
EVE OPTICA S.R.L.

