

# 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

- 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- 0009450**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5565 Société : 162587  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SABER NADIA EL NEDJATI  
Date de naissance : 01/02/1965  
Adresse : 2, Rue Elmoudi  
Tél. : 06 72141554 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : SABER Nadia Age : .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Ametropie  
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 : ..... 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
22-5-23	c3450		4000H	


### 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

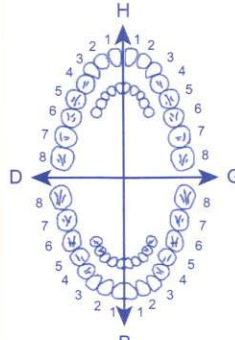
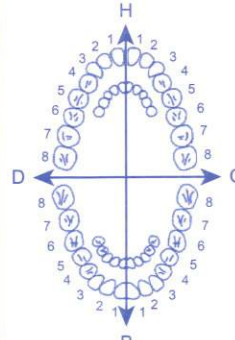
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	29/5/2023					5800/-

### 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**code**

**AL FARABI**

**مركز فحص وتشخيص امراض الانف الاذن والحنجرة القرابي**  
**CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

**NOTE D'HONORAIRES**  
**Consultation Pré Anesthésique**

Le 02.10.2012

Reçu la somme de , 400 (quatre cents) DHS ,

De Mr, Melle, Mme Salen Hadia .....

Pour consultation pré anesthésique (C2) + ECG





# OPTIC

— POUR TOUS —

FACTURE N° 000872

Casablanca, le 29/15/2023

Me/Mme : Sabell Nadiq

Matricule :

Nbr Article	Désignation	P.U.	P. Total
	Monture de lunette : optique		1000,-
	Verres : Progressif 1.61 anti-reflet		
	V.Loin : O.D. Axe 50° CYL: -0.50 SPH: +2.00.		2250,-
	O.G. Axe 70° CYL: -0.50 SPH: +2.00.		2250,-
	V.Près : O.D. Axe : CYL : SPH :		
	O.G. Axe : CYL : SPH :		
	ADD +2.25	O.D. 28.5	
		E.I.P	
		O.G. 29.5	
	Divers :		5500,-
	Ophtalmo :		
	Arrête la présente facture à la s de Cip Nille-Cip Ciel 2023		

**OPTIC POUR TOUS SARL**  
 Res Ramond 9 Rue El Massaoudi  
 Etg RC Maarif Casablanca  
 Mme Bennani Boutaina  
 INPE : 095026449

## Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en ophtalmologie  
maladies et chirurgie des yeux  
Ex professeur à la Faculté de Médecine  
et de pharmacie de CASABLANCA  
Ex attaché au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aérospatiale

## الأستاذة لعويسي ن

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأموح فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le .....

22-5-2023

SABER Nadia

la note professionnelle

VL/ OD:  $(50^\circ - 0,50) + 2$   
OG:  $(70^\circ - 0,50) + 2$

VP/ ODG add 2,25

OPTIC POUR TOUS SART  
Res Ramond 9 Rue El Majaaoudi  
Etg RC Maarit Casablanca  
Mme Bennani Boulaina  
INPE : 09 50 26 44 9

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en ophtalmologie  
76, Boulevard Abdelmoumen  
Res Koutoubia Casablanca  
Tel: 05 22 99 46 00 / 05 22 99 00 15