

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0013221

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7462 Société : RAM 463814

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAUD NABIL

Date de naissance : 11.09.1963

Adresse : 31 Avenue Hassan Foukani Cas

Tél : 0661316664 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR CHARI MARRAKCHI  
OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux  
320, bd Zerkouni - Casablanca  
Tél : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60

Date de consultation : 27 MAI 2023

Nom et prénom du malade : DAUD NABIL Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Lesbyhe

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 : Casablanca Le : 26 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 27 MAI 2023     |                   |                       | 300                             | Dr CHAKIB MARRAKCHI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Maladies et Chirurgie des yeux<br>320, bd Zerktouni, Casablanca<br>Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.47.57.60 |

# 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 |                                 |

30/05/23

7400,00

# 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 canalaire, 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</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                           | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                           | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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

Docteur Marrakchi Chahib

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Laser - Angiographie - Lentilles de contact  
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الذكتور شبيب المراكشي

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بـتونس فرانس

CASABLANCA, le :

27 MAI 2023

DAOUD NABOZ

Amputation + R. Ant.

Photographie

af + AR  
fentre bleu  
1.6

Vkm :

OD z + 1

OB z + 0.75

V - D z AL + 2.75

- ZALERS

OCULUS OPTIQUE  
26 Rue Imam Eloussi  
Casablanca

Dr CHAHIB MARRAKCHI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux  
320, bd Zerkrouni - Casablanca  
Tél. : 0522.22.60.85 et 0522.22.67.60

320, Boulevard ZERKTOUNI, 1er ET, CASABLANCA  
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60  
Mail: cmarrakchi1@gmail.com



26, rue Imam Alloussi Bourgogne  
(à côté de la clinique Badr)  
Casablanca - Maroc

Tél.: +212 (0) 522 22 94 46  
Fax: +212 (0) 522 47 64 89  
e-mail: [oculus@live.fr](mailto:oculus@live.fr)

Patente: 35601340  
R.C.: 281816  
T.V.A.: 827679  
C.N.S.S.: 6011184

oculus  
optique

Date: 30/05/2023  
Nom du client: DAOUD NABIL  
N° facture: 093/23

OCULUS OPTIQUE  
26 Rue Imam Alloussi  
Casablanca  
Maroc

| Quantité: | Designations:   | Prix:  |
|-----------|---|--------|
| 1         | MONTURE OPTIQUE   | 1400DH |
| 2         | VERRES OPTIQUES<br>ORGANIQUES PROGRESSIFS<br>TRANSITIONS GRIS | 6000DH |
|           |   |        |
|           |   |        |
|           |   |        |
|           | ICE 000830889000060 INPE 095001707                            |        |
|           | Total:  | 7400DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: SEPT MILLE QUATRE CENT DHS TTC.