

## 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.



164740  
**Déclaration de Maladie : N° S19-0002957**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10216 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAHI RACHID Date de naissance : 18/12/1966

Adresse :

Tél. : 0613 996404 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/06/2023

Nom et prénom du malade : NADITI KARIMA Age :

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

Nature de la maladie : correction optique

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 : CASAM Le : 12 / 06 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
05/06/23			250AH	

**Docteur SABIR**  
 Ophtalmologiste  
 633 Rue Goussier, 30000 Nîmes  
 1<sup>er</sup> étage N° 1 - Casablanca  
 Tél: 05 22 27 42 76 - 06 86 95 53 34  
 Urgence: 06 70 81 76 83

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 SIA PHARMACIE LOURKA 10, Rue de la République 30000 Nîmes	05.06.23	142,40

INPE

# 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	
 M-A-D Optic Opticien Optométriste 10, Rue de la République 30000 Nîmes	07.06.23		C			3000

Akram Daali  
 Inpe : 065032632

# 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 canalaires, 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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 SABIR Nadia

Ophtalmologiste



الدكتورة صبير نادية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

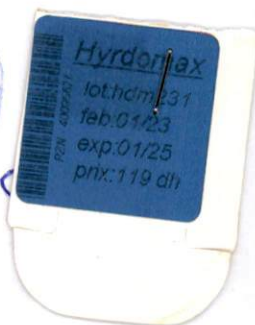
Agmich  
kauma

15/06/23

Casablanca, Le .....

119, 100

Hydramax  
1g x 2h



23, 100

Optipred



142, 100

633 شارع كلميمة، حي بوركون، الطابق الأول رقم 7، الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1 er Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabin@gmail.com

Docteur SABIR Nadia

Ophtalmologiste



الدكتورة صبير نادية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

5706123

Casablanca, Le .....

mazmth karima

ves pour de

OD = - 5,50 (- 2,50 à 180°)

OE = - 5,50 (- 2,75 à 170°)

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue rguibate Casa  
INPE : 065032633

les omnia's  
authentic +  
more

633 شارع كلميمة، حي بوركون، الطابق الأول رقم 7، الدار البيضاء

633 Rue Goulmima, Quartier Bourgogne, 1<sup>er</sup> Étage N° 7 - Casablanca

Consultation : 05 22 27 42 76 / 06 66 95 93 34 - Urgence : 06 70 81 76 03 - E-mail : 1972nsabir@gmail.com



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN- LUNETIER - CONSEILS VISAGISTE

N° 01420

Amam Daali  
INPE: 065032633

FACTURE N° :

Casablanca, le: 07.06.23.

Mme / Mr: MAZMITI Karina

Dr: SABIR. N.

VL

OD : -5.50 (-2.50 - 18°)

OG : -5.50 (-2.50 - 17°)

Monture

Rekiye

700-

DH

VP-Add

OD : \_\_\_\_\_

OG : \_\_\_\_\_

Verres

CR AR -

2300-

DH

Total à payer: 3000- DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 3000

M. H. D. H. S.

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue rguibat Casa  
INPE: 065032633

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36  
Capital 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 6123  
ICE 00264259000069