

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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'Honneur  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23- N° 0035539

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11397 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAOUM KAOUTAR

Date de naissance :

Adresse : 1456 + HAM FATEH oulfa 198654

Tél. : 06614648 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine  
Ophtalmologue

88, Rés. "Colza" Appt 3

Bd Oum Rabii - Casablanca  
Tél : 061286811

Date de consultation : 17 / 02 / 2019

Nom et prénom du malade : NAAOUM KAOUTAR Age : .....

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

Nature de la maladie : presbytie

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) : .....



# 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
17/02 2024	CS		250 dh	<div>Dr. CHAOUI ROQAÏ Yasmina</div> <div>Ophthalmologue</div> <div>88, Rés. "Colza" Apt 3</div> <div>Bd Oum Rabii - Casablanca</div> <div>INPE : 061286811</div>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/02/24

142,90

INPE 092030949

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

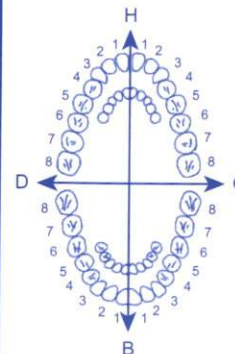
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine

Ophthalmologiste

Adultes et enfants

Ancien Ophthalmologiste à l'Hôpital Militaire Mohamed V de Rabat

Ancien Interne au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Diplômée en contactologie de Paris



الدكتورة الشاوي رقي ياسمين

اختصاصية في طب و جراحة العيون

كبار و صغار

طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة باريس

Casablanca le 17 février 2024

Mme NAAOUMI KAOUTAR

5790  
ALLERGOCOMOD

1 goutte x 2 / j , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

IA collyre

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

STERIPHARMA

AMM: 60/2020 DMP/MAJ

PPV : 57,90 DH

A utiliser avant: / Lot n°

01/2026

306559

86,00

T = 142,90

صيدلية حي الويام  
PHARMACIE HAY EL WIAM  
52 BD OUED SEBOU OULEA  
CASABLANCA. Tel: 05 22 91 17 31

Dr. CHAOUI ROQAI Yasmine  
Ophthalmologue  
88, Rés. "Colza" Appt 3  
Ba Oum Rabii - Casablanca

PPC : 85.00 DH

88, إقامة كولزا، الطابق الأول الشقة رقم 3، شارع أم الربيع، الحي الحسني، الدار البيضاء

88, rés. Colza, 1<sup>er</sup> étage appt. N°3, Bd Oum Rabii, Hay Hassani - Casablanca

☎ 05 20 39 26 46 ☎ 06 61 77 04 74 ✉ dr.ychaoui@ophtalmo-casa.ma