

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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 : N° P19-0021305

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6054 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELYASSINI AHMED Date de naissance : 30-06-1941  
Adresse : Hay Souk Bnei KHATTAB Rue 2 N° 62  
Tél. : 06 61 51 22 51 Total des frais engagés : 1350 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. MORATIO  
OPHTALMOLOGISTE  
Agencement des services de Conduire  
Bd. Mohamed VI, Res. Majid 1  
Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 33

Date de consultation : 21 Juin 2019  
Nom et prénom du malade : ELYASSINI AHMED 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'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 : CASA 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
21 Juin 2019	CS		150 DH	Dr. A. MORAT OPHTALMOLOGISTE Agrement pour Permettre le Conduire Bd. Mohamed VI, Res. May 3 Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 3

### 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
CLINIQUE AL MASRA 26106119 angle Rue Mohamed Bahloul de Mansard Quartier Palmiers Casablanca 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01	26/06/19	0.21	1200 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur A. MORAFIQ**

*Ophthalmologiste*

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser



**الدكتور ع. مرافق**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

الدار البيضاء، في

Casablanca, le 21 Juin 2019

MR ELYASSINI Ahmed

Maculopathie

⇒ O.C.T maculaire

**CLINIQUE AL MADINA**  
**Caisse**  
Angle Rue Mohamed Bahl et  
Rue Mansard Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

**Dr A. MORAFIQ**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Agrément pour Permis de Exercice  
Rue Mohamed VI, Rés. Majid 1  
Casablanca - Tél.: 05 22 81 23 33

شارع محمد السادس - إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22 81 23 33

# CLINIQUE AL MADINA

## FACTURE

Date : 26/06/2019

090006784

Nom patient : EL YASSINI AHMED

Médecin : DR. MOURAFIQ  
OPHTALMOLOGUE

AT990000040867-001

PAYANT

	Montant
FRAIS CLINIQUE	500,00
DR. MOURAFIQ (ophtalmologue)	700,00
<b>Total 1 200,00</b>	
Arrêtée la présente à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	

**Dr. A. MOURAFIQ**  
OPHTALMOLOGISTE  
Agrément pour Permis de Conduire  
Bd. Mohamed VI, Rés. Majid 1  
Casablanca - Tel.: 05 22 81 23 33

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Baï et  
de Mansard - Casablanca  
T: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01



**Docteur A. MORAFIQ**

*Ophthalmologiste*

Chirurgie de Cataracte - Glaucome

Strabisme - Voies lacrymales

Paupières - Lentilles de Contact

Angiographie - Laser



**الدكتور ع. مرافق**

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

الحول - مسالك الدموع - جراحة الجفون

العدسات اللاصقة - تصوير شبكة العين

العلاج بأشعة الليزر

Casablanca, le

26 / 06 / 2019

في الدار البيضاء

Compte-rendu

O.C.T maculaire (équivalent angiographie)

- MR EL YASSINI Ahmed
- maculopathie de l'œil gauche
- O.C.T maculaire :

OD macula d'aspect normal

OG Néo vaisseau choroïdien

- GAT = injections intravitréennes  
d'anti VEGF  
+ surveillance

شارع محمد السادس إقامة ماجد 1 الطابق 2 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 81 23 33

Bd. Mohamed VI - Résidence Majid 1 - 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél : 05 22 81 23 33

**Dr. A. MORAFIQ**  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Mohamed VI, Rés. Majid 1  
Casablanca - Tél : 05 22 81 23 33