

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0026252

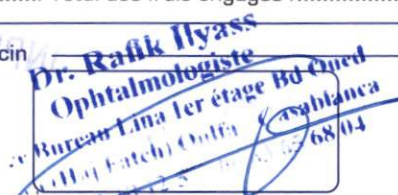
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2295 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : AKHDI, Ahmed A 95866  
Date de naissance : 21/01/1956  
Adresse : n° 54 Boulevard Omar AL KHAYYAT  
LESCAF, CASA  
Tél. : 0664666867 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2024  
Nom et prénom du malade : F.D. Dayani Fatima Age: .....  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : affection oculaire  
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 : 09/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : .....

### 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

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 Rélevé des Actes
09/10/2024	C	—	300 dh	Dr. Raïk Tassadit Ophtalmologiste Place Bureau Lina 1er étage Bd Oued Sarra (Haj Fatch) Centre Casablanca Tél : 05 22 40 42 57 - 05 68 04

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARANAZ S.A.R.L.A-U 140 Lot Saranaz Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	09/10/2024	157,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

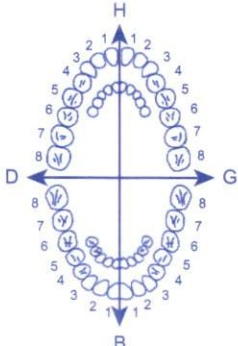
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optic 35 ALLON - Opticien-Optométriste 18 Bd Oued Tansift N°188 Casablanca - Inpe: 095023701 Fixe: 05 20 45 82 51	09/10/2024					2400,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

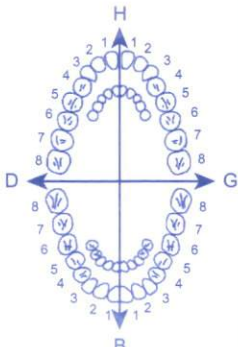
Important :

Veillez 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H		G	B	
	25533412 00000000	21433552 00000000			
	00000000 35533411	00000000 11433553			
	[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 RAFIK ILYASS**

**OPHTALMOLOGISTE**

**ADULTES ET ENFANTS**



**د. إلياس الرفيق**  
**طب و جراحة العيون**  
**للکبار و الصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd  
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
طبيب سابق بالمستشفى 20 أغسطس

**Casablanca le**

**09 février 2024**

**Mme ED DAYANI Fatiha**

Monture + verres correcteurs progressifs Champ large Antireflets,  
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.25

OG = + 2.50 (- 0.50 à 90°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.25

157,00

**THEALOSE collyre**

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, dans le  
Mois

**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A. R. L. A. U.  
140 Lot Sidi Braïda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07



Optic 35  
Sara ALLOU  
Oulfa - Bp Oued Taneit N°188  
05 20 45 82 51

VR2765CTOMAR0722



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
PPC : 157,00 DH

**Dr. Rafik Ilyass**  
**Ophthalmologiste**  
Espace Bureau Lina 1er étage Bd Oued  
Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 40 42 51 - 05 22 65 68 04

☎ 05.22.10.12.57

☎ 06.63.65.68.04

✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)

عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)



## FACTURE

N° 1491

Casablanca le : 09/02/24

Me/Mme : EDDAYANI Fatima

Matricule : .....

Nom Article	Désignation	P.U	P.Total
	Numéro : .....		
	Monture de Lunette : Optique		500,00
	Verres Organique : Progressif anti-Peuveire Bleue		1900,00
	V.Loin : O.D : Axe : ..... CYL : ..... SPH : +2,25		
	O.G : Axe : 90 CYL : -0,50 SPH : +2,50		
	V.Près : O.D : Axe : ..... CYL : ..... SPH : .....		
	O.G : Axe : ..... CYL : ..... SPH : .....		
	ADD : +2,25 O.D : .....		
	Ophtalmo : Ilyass Rafik E.I.P O.G : .....		
	Deux mille quatre cent dix-huit		2400,00
	dirhams.		

