

**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



38916  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19- 051260

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2123 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : CHADDAD SAID

Date de naissance : 27/12/1956

Adresse : N°44 RUE 33 L'ALABARISSA  
SIDI MAAROUF CASABLANCA 20270

Tél. : 0668954722 Total des frais engagés : \* 2350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : CHADDAD ANAS Age : 03/03/2020

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Anomalie de la refraction

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 : 07/09/2020

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
03.09 2020	CS - ophtalmologie		250,000/1	
	14-15 - en dent		100,000/1	

### 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	
	15.09.2020					2000,00

### 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

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H		G																					
	25533412	21433552	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	00000000	00000000																				
	00000000	00000000	35533411	11433553																				
B																								
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# Dr. Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de Contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hôpital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca (ex Sofi)

Tél : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



# الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء (الصوفي سابقا)

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84

Casablanca, le : 03/09/2020 في: الدار البيضاء،

CHADDA . Ana

l'acte est à la correspondance à  
la réfraction son astigmatisme  
+ ex du K = 50  
K<sub>10</sub> = 1000 D

Dr. Saadi Rokia  
Ophtalmologue  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
8, Bd. Khouribga Place de la Victoire  
2eme Etage N° 11 Code Postal 20110  
Tel.: 05 22 44 04 09 - Casablanca

8. شارع خريبكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2ème étage - N°11 Code Postal 20110 - Casablanca

# Dr. Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de Contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hôpital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de Service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca (ex Sofi)

Tél : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84

# الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء (الصوفي سابقا)

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84



Casablanca, le : 13/09/2020 في : الدار البيضاء،

CHARRADA ANAS

Lunettes à fort index agamées  
antireflex

$$OD = (5^\circ - 2,50) + 1$$

$$OG = (180^\circ - 2,75) + 2$$

$K_D =$  Réfraction sans cycloplegie  
+ ex du FO

OPTIC Samir LHEND  
35, Bd Sultan  
CASABLANCA

Dr. Saadi Rokia  
Ophtalmologie des Yeux  
8, Bd Khouribga - Place de la Victoire  
2ème étage - N°11 Code Postal 20110 - Casablanca  
Tél: 05 22 44 04 09

# OPTIC SAMIR LHEND

85, N° Derb Sultan - Casablanca

Patente N° : 36612584

RC : 420832

IF : 15294935



## Facture 0001698

Casablanca le : 06 09 2020

Mr(e) : CHADJAJ ANAS

N° de nomenclature :

Docteur : SAADJ : ROKIA

Monture :

optique

800 , 00

Verres :

ORMA ANTIREFL 700

VL OD: 5<sup>3</sup> - 2.50 + 1.00

600 , 00

OG: 180<sup>1</sup> - 2.75 + 2.00

600 , 00

VP: ADD

**Total :**

2000 , 00

Arrêtée la presente facture à la somme du :

deux mille

DHS

OPTIC Samir LHEND  
85, Derb Sultan  
CASABLANCA