

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



NO: 51404

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009026

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02199 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : ENNAJEM Abdallah Date de naissance : 30/05/1956  
Adresse : 2 RUE D'ATHENES - AP 10 - ETAGE 4 - CASA  
Tél. : 06 66 81 83 11 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/12/2020  
Nom et prénom du malade : ENNAJEM ABDALLAH Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Amyotrophie  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué au 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 : 15 DEC. 2020  
Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS  
ACCUEIL  
15 DEC. 2020



# 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
03/12/2020	cep	300		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	31/12/2020	105.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

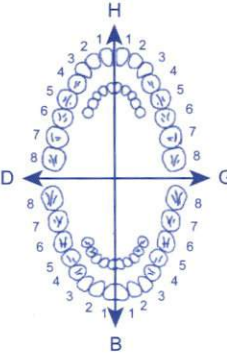
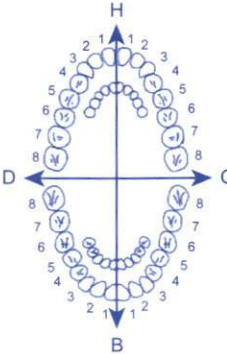
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	11/12/20					39.50 - 4h

# 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - **phacoémulsification** à ultrasons  
Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser  
Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

Casablanca le 03/12/2020

Monsieur ENNAJEM ABDALLAH

288042-

- ARTELAC COLLYRE

1 goutte le matin midi et le soir pour les deux yeux, Tr

3 mois QS

- LARMABAK

1 goutte le matin midi et le soir pour les deux yeux, Traitement pour

3 mois QS

ZENITH Pharma



6 118001 270521  
PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521  
PPV : 28,80 DH

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

**Dr. MRAD DALI Ahmed Imad**  
**Ophtalmologiste**

Imm. Liberté Boulevard de  
Ben Jdia - 22 31 58 20  
Casablanca

GRANDE PHARMACIE DE LISBONNE  
Mme. TAZI NADIA  
18, Rue Abdesslam KHATIB, Casab  
Tel: 0522 31 02 75 - Tél Fax: 0522  
INPE: 1920 0298



# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - **phacoémulsification** à ultrasons

Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

الدكتور مراد الدالي أحمد عماد

اختصاصي في أمراض وجراحة العين

خريج كلية الطب بباريس

Monsieur ENNAJEM ABDALLAH

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLET  
MULTICOUCHES

Oeil Droit : +0,75 (-0,50) à 105°, Addition + 2,50

Oeil Gauche : +1,00 (-0,50) à 75°, Addition + 2,50

+ monture

EXIGEZ VOTRE CERTIFICAT D'AUTHENTICITE  
Garder des copies de vos ordonnances.





# FELICITY OPTIC 5

- OPTICIENS -

IMM. 9 M4 CHEKROUNIA - BD MOHAMED V

TEL/FAX 0522325354

LE 11/12/2020

**FACTURE 201211**

**M. ENNAJEM ABDALLAH**

ORDONNANCE DU DOCTEUR M./MME. **MRAD DALI AHMED**

**FOURNITURES :**

QTE	DESIGNATION	MONTANT
1	MONTURE	1750,00
2	VERRES PROG BLU UV ORG AR DIAM 65MM	2200,00
	Œil Droit : +0,75 (-0,50 à 105°) Œil Gauche : +1,00(-0,50 à 75°) ADD+2,50ODG	
MONTANT TOTAL EN DHS :		3950,00
DONT TVA INCLUS 20% :		790,00

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**TROIS MILLE NEUF CENT CINQUANTE DIRHAMS**



RC BERRECHID 4765-PATENTE 40700448-CNSS 8139918-IF 40118061

ICE : 001655881000065 - INPE : 065018715