

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 067635

55658

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 719 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSALIME Ahmad

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 107 lot LINA Sidi Maarouf CASA

Tél. : 06 11 90 69 90 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ESSALIME KARIMA Ophtalmologue

Date de consultation : 10 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : Mr ESSALIME Ahmad 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 : 16/12/20 CASA

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/12/2020      | CS                |                       | 250,00                          | <br><b>Dr. ESSAME KADER</b><br>Ophtalmologue<br>146 Bd Joulane - Apt 1 Saint-Joseph<br>Casa - Tel : 0522 57 00 33 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |


# 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

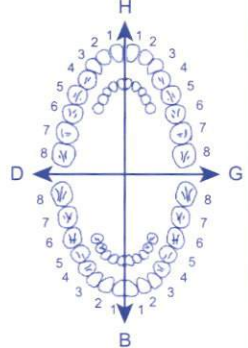
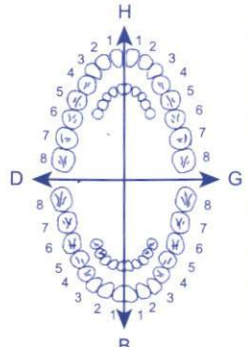
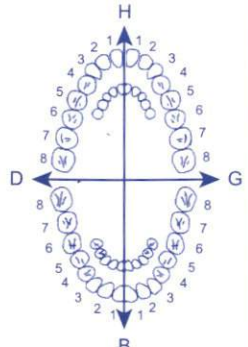
| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|  | 28             |        |     |     |     | 7000,00                         |
|  | 19             |        |     |     |     | OK                              |
|  | 20             |        |     |     |     |                                 |
|  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <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 |  |  |
|   | H  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <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 |  |  |
|   | H  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

## Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



## الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العصابات اللاصقة

mercredi 16 décembre 2020

## Mr. ESSALIME AHMED

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Amincis, Photochromiques

VL :

OD = +1.00 (-1.25 à 85)

OG = +1.00 (-1.00 à 90)

VP :

ODG = Add : + 3.00

~~Dr. ESSALIME KARIMA~~  
~~Ophtalmologue~~  
~~146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2~~  
~~Casa - Tél : 0522 57 00 55~~

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
LENTILLE DE CONTACT  
14 AV Abdelhak Benhadj Drissia - Cas.  
05 22 57 00 55

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55



ICE 001823017000027

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhagi  
IDRISSIA 1 - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73  
Fax: 05 22 80 18 36

FACTURE 0005924

Le 28/12/2020

Patente: 33664052  
CNSS: 2361145  
R.C.: 20 47 88

Mr. Essalime Ahmed

Ordonnance du docteur Essalime Karima

NRS de nomenclature  
correspondants à  
la prescription

|        |                        |        |               |         |         |
|--------|------------------------|--------|---------------|---------|---------|
| Loin { | O. D. = 1 (-1.25 à 80) | Prés { | O. D. = 43.00 | D. F. { | O. D. = |
|        | O. G. = 4 (-1.25 à 90) |        | O. G. = 43.00 |         | O. G. = |

## FOURNITURES :

Montures : optiques 2000,00 2000,00

Verres : proxy resif AR 2600 x 2 5000,00

TOTAL

7000,00

La présente facture arrêtée à la somme DH

sept mille dix-huit

**KADER OPTIQUE**  
OPTIQUE - OPTOMETRIE  
LENTILLE DE CONTACT  
4 AV. Abdellah Senhagi - IDRISSIA - Casablanca  
Tél: 05 22 28 70 73 Fax: 05 22 80 18 36