

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-707552

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10232 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MOUNTASSAR SALAH  
 Date de naissance :  
 Adresse : HAYEL HAMRAO2 RUE 03 S77 12 APPAT 13 AIN  
 C.H.O.K. CASA  
 Tél. : 06 61 95 63 89 Total des frais engagés : 5350 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 08 NOV. 2022  
 Nom et prénom du malade : MOUNTASSAR SALAH 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 : Casablanca Le : 09 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 Paiement des Actes
08 NOV 2022	S		25000	<div style="text-align: right;"> <b>INPE</b>  <b>091165993</b>  <b>Dr. Hinda Kharbouch Joundi</b>  <b>Ophthalmologiste</b>  <b>Angle Bd. 2 Mars Et Bd.</b>  <b>Residence Al Mawla</b>  <b>Tel: 987654321</b> </div>

INPE  
091165993

Angle Bld. 2 Mars Et Bld. Gods  
Residence Al Majd mm. Y.N.  
Tel: 055993

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P	I V	
<p><b>OPTIQUE CHILIA</b>  <b>Opticien Optométriste</b>            Adkam 1 - Bd. Ibn Tachfine            N° 452 - Casablanca            20.54.06.43.00.97.85</p>	05/11/15	2	0	0	4920

Cachet et signature  
du Particulier

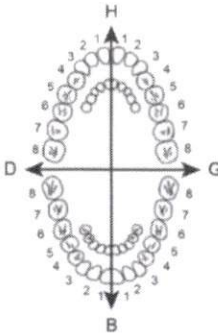
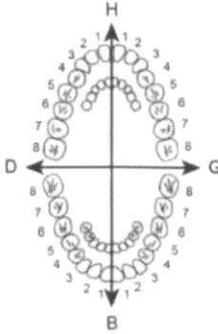
des ins	Nombre		
	A M	PC	FM
22			

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has two main arches. The top arch is labeled 'H' at its peak. The bottom arch is labeled 'B' at its base. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'. The piers are numbered 1 through 8, starting from the center and moving outwards. The top arch has piers numbered 1 to 8 on both sides. The bottom arch has piers numbered 1 to 8 on both sides.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1

N°454 - El Hay Mohammedi - Casa

Tél: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE : 795012357



OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste

Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine

N° 452 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 67 00 97 85

## نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur :

Hind Khanchouch  
Joudy

N° DE nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D. : -5.75 (-2.95 à -6.9)	PRES	O.D. : Add. +2.75
	O.G. : -6.75 (-4.00 à -10.5)		O.G. : Add. +2.75

## FOURNITURE

Monture :

Optique

600, ~

Verres :

Optique  
progressif

4300, ~

Total :

4900, ~

OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 67 00 97 85

MOUSSAOUI Abdssamad  
INPE: 095012357

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le

M. ou Mme :

07/11/22  
Mouhassan Salah

OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 67 00 97 85

ICE 001789511000067 - IF: 40151582 - RC: 37 20 42 CNSS: 173923031



Dr Hind KHARBOUCH

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact

Cabinet  
Ophtalmologie

د. هند خربوش

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية واللاز

الحول - الضغط - العدسات اللاصقة

## Ordonnance

08 novembre 2022  
Casablanca le : .....

Mr MOUNTASSAR Salah

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques, Antireflets

VL : OD = - 5.75 (- 2.25 à 69°)

OG = - 6.75 (- 2.00 à 121°)

VP : ODG = Add : + 2.25

OPTIQUE GHIA  
Opticien Optométriste  
Hakem 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 81 20 39 - 05 22 81 20 37 85

Dr Hind Kharbouch Joundy  
Ophtalmologiste  
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods  
Residence Al Majd Imm. Y, N°1  
Tél: 0522 52 10 61

زاوية شارع 2 مارس وشارع القدس، إقامة المجد، عمارة Y، الرقم 1، عين الشق - الدار البيضاء

Angle Bd, 2 Mars & Bd Al Qods, Residence Al Majd Imm Y - N°1, Ain Chock - Casablanca

INPE : 091165993 - Tél / Fax : 0522 52 10 61 - E-mail : dr\_kharbouch@hotmail.com