

## 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

M22- 0051771

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : RAM 156322

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 32, Lotissement Sindbad Ain Diab Casablanca

Tél. : 0613074648 Total des frais engagés : 71,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 / 02 / 2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DMLA

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 : 20.03.2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

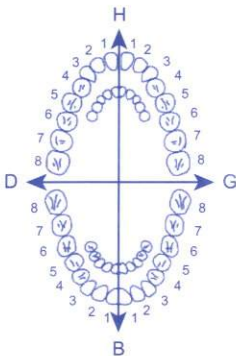
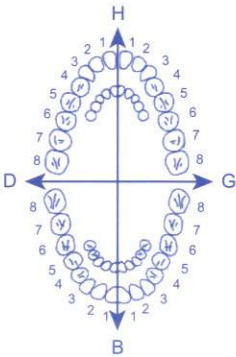
[illegible][illegible][illegible]

## 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
	<b>B</b>												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>								
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحو صباح  
Dr MBARECHE LAHLOU Sabah  
Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Chirurgie Oculaire  
Lentilles de Contact  
Laser - Angiographie

INP : 091098152



001625125000060



Casablanca, le

16/2/2023

الدكتور لحو نور اليقين  
Dr LAHLOU Nourlyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Ancien Médecin Chef et Chef de Service  
à l'Hôpital Omar Idrissi Fés  
Chirurgie des Paupières et annexes  
Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



001626216000091

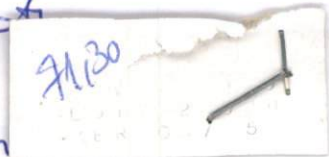
N° SEKKAR Nohamed

- Fortivision gel 1gel / r



71,30

- Tanakay 4 1p - met  
1p - soir



71,30

traitement de 4 us

PHARMACIE ONZAG  
188 Lotissement SINDIBAD  
Ain Srah - CASABLANCA  
Tél : 05 22 79 78 74

Dr. Lahlou Nourlyakine  
Médecin Ophtalmologiste  
124, Bd Rahal El Meskini - CAS.  
Tél : 05 22 44 20 64 / 05 22 44 28 94  
INP : 091032979

124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120  
entre MARJANE Liberté, L'OREAL et la Maisons VOLVO

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 - Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahlou.nourlyakine@gamil.com  
en cas d'urgences appelez 0766 44 70 26

لا تغير تاريخ الفحص  
On ne change pas la Date d'Examen