

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-008704

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9403 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Le :
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

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

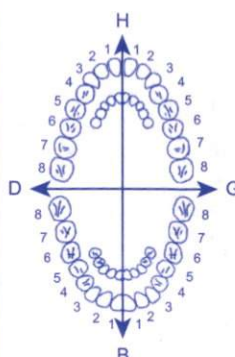
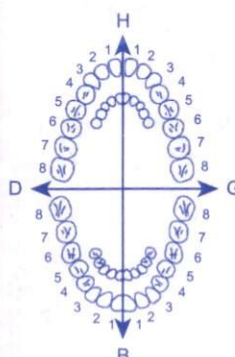
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
<h3>OD.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <div> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> </div> <div>G</div> </div> <div> <p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> 				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

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 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

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-

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9703 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAZROUJ PATIHA
Date de naissance : 20/06/66
Adresse : Rue 20^{ème} et 2^{ème} quartier Andalouss I
Tél. : 052281044 Total des frais engagés : 4206,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/04/23
Nom et prénom du malade : MAZROUJ PATIHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 26/4/2023
Signature de l'adhérent(e) :

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 la réalisation des Actes
15/04/23	stér	307		Dr. Med. TALMOLOUSSI 24, Rue Imame Alloussi-Bourgoine Tél: 0522 27 67 46/51 (L.G.) Casablanca INPE: 091071886

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie B. ALAMI Casablanca Tél: 0522 80 78 47	15/04/23	1106,40

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	
M-A-D Optic Opticien Optométriste 53 Rue quibat Casa	26/04/23					3500,00

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 l'ODF.

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"/>

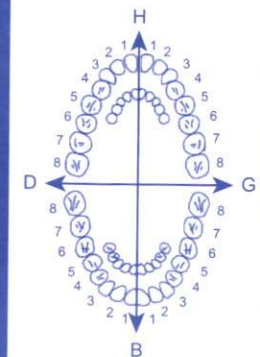
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le : 15/04/23 : الدار البيضاء في

MAIRIE de FATHA
Les nelles pour VL
V. moyennement acuités
photochromiques.
à filtre bleu

M-A Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Bourgoigne Casa

$$OD = (100, -1,10) + 2,10,$$

$$OE = (80, -1,25) + 2,10$$

VL addition

$$ODE = + 2,10$$

الطارق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركشون ، الدار البيضاء

05 22 26 66 77 : الفاكس 05 22 27 67 46 / 51 : الهاتف

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Bad)

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77



INPE 091071886

Dr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi, Bourgogne (L.G)
Casablanca
INPE: 091071886

un autre regard
sur vos yeux



OPTICIEN
LUNETTIER
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° : N° 000888

Casablanca, le 26/04/23

Mme / Mr : MAZ BOUTI FATIMA

Dr : MOHAMMED HAMDANI

VL

VP - Add

OD : $(1.02 - 1.50) + 2.50$

OD : $ADD + 2.50$

OG : $(2.0 - 1.25) + 2.50$

OG : $ADD + 2.50$

Prix Monture

optique

500,00

DH

Prix Verres

prog. Pw BBLR SAR

3000,00

DH

Total à payer : 3500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille cinq cents Dirhams

Cachet et signature

Cachet et signature

M-A-D Optic
Tél : 0665032633

M-A-D Optic
Opticien Optométriste
63 Rue Rguibat Casa

63 Rue Rguibat Bourgone Casablanca - Tél : 05 22 29 55 36

Capital : 100,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 6123

ICE : 0002642590000069

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال و الكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le : 15/04/23

الدار البيضاء في :

MAZROUFI
Hydrocortisone (0.2%)
3/1
à renouveler
26/4
Sterile (pdt) l brite
la pp/r / le voir
En cher
406,40 puis 1/2 pdt / 1/6 - 1

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imane Alloussi-Bourgogne
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.)
Casablanca
INPE: 091071886

24, زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركُون ، الدار البيضاء

الهاتف : 51 / 05 22 27 67 46 / الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imane Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca

Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax: 05 22 26 66 77



INPE: 091071886