

## 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.

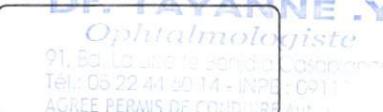
## Déclaration de Maladie

N° W21-809081

174164

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>08769</b>	Société : <b>A2173 Bouchnibis</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>A2173 Bouchnibis</b>			
Date de naissance : <b>06-03-68</b>			
Adresse : <b>Case 14000 Casablanca 10000</b>			
Tél. : <b>0661217359</b> Total des frais engagés : <b>10000</b> Dhs			

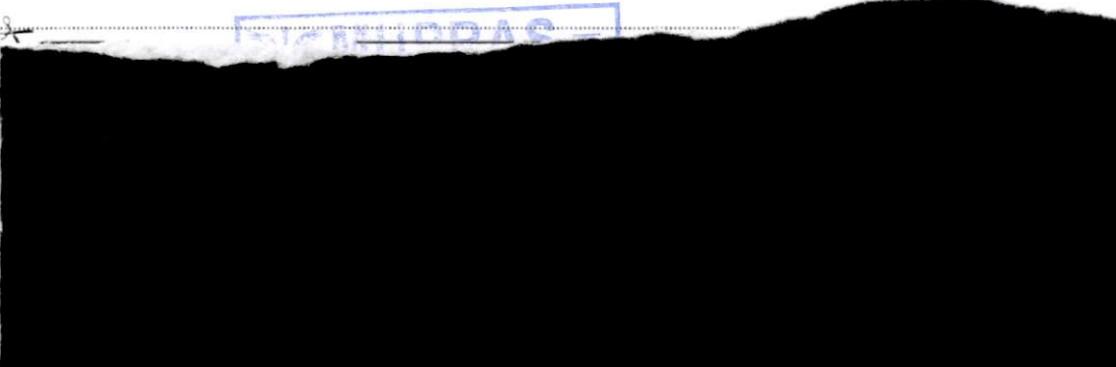
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>Dr. TAYANNE Y.</b> <b>Optometriste</b> 91, Bd. Lalla Aicha Ben Abdellah Tél: 05 22 41 60 14 - INP: 0911 AGREE PERNIS DE CONDUITE AUTOMOBILE	
Date de consultation : <b>10.08.2023</b>	Age :
Nom et prénom du malade : <b>Benkhalil Iyad</b>	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	Age : <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Yeux à mort</b>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>16 SEP. 2023</b>	
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 : **DR TAYANNE Y.** Le : **16 SEP. 2023**

Signature de l'adhérent(e) :



### RELEVE 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
10.08.23	g	280	INP 091133481	DR. TAYANNE, Ophthalmologiste Agéé Permis de Conduire 91, Bd. la Liberté Benidit 04360 - Tel. 04 72 40 12

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	11000 Ft
M-A-D Optic Opticien Optométriste 3 Rue Iguibate Casa Akram Daali Inn: 065032633	5/3/2023					

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				COEFFICIENT 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

**O.D.F PROTHESSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

un autre regard  
sur vos yeux



OPTICIEN  
LUNETTIER  
CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° 007074

Casablanca, le : 5/12/23

Mme / Mr : Iyad Boulkheriss

Dr : .....

VL

VP - Add

OD : 175

OD : .....

OG : -175

OG : .....

Prix Monture

Plastique  
600

DH

Prix Verres

Argenté  
800

DH

Total à payer : 1600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1600 DH

Cachet et signature

Akram Daali

Inpe : 065032633

Cachet et signature

M-A-D Optic

Opticien Optométriste

63 Rue Rguibat Casa

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

Capital : 10,000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC : 508275

ICE : 0002642590000069

# Docteur Youssef TAYANNE

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIOGRAPHIE - LASER

LENTILLES DE CONTACT

CHIRURGIE MYOPIE - LASER EXCIMER

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

Ancien Chirurgien Ophtalmologiste à l'Hôpital

Militaire de Marrakech

الدكتور يوسف الطيان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

العلاج بأشعة الليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بمراكش

CASABLANCA, le .....

10.08.2023

S.Y AD BOUKHRIS

Lunettes ~~à l'œil~~ à porter

des yeux  
de loin :  
Anti reflet

OD: - 1,75

OG: - 1,75

de près :

OD: ..

OG: ..

~~M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibate Casa~~

Dr. TAYANNE .Y  
Ophthalmologiste

91, Bd de la Liberté Benjdia Casablanca

Tél: 05 22 44 60 14 - INPE: 091133421

AGREE PERMIS DE CONDUIRE AUL. N° 2023

## AGREE PERMIS DE CONDUIRE

91، شارع الحرية، الطابق الرابع - بنجدية ( قرب البنك الشعبي ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 60 14

91, Bd de la Liberté 4<sup>ème</sup> Etage - Benjdia ( à côté de la B.P ) - CASABLANCA - Tél : 05 22 44 60 14

المسعجلات : 06 61 45 71 33 - ICE : 001710077000018 - INPE : 091133421 - Urgences : 06 61 45 71 33