

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0030301

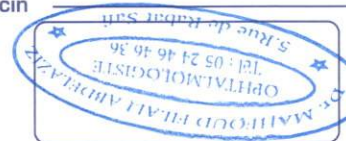
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ANBRy Fatima Ep. BENDANAB  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : Rue A.V. AGHBAI Hy SALAT  
 Tél. : 262555641 Total des frais engagés : 2370 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20 / 7 / 2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : ophtalmologie

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : glaucome

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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

[illegible]

20/7/223 C2

250DH

DR. MAITHOUP THILATHAMBALATHIL  
OPHTHALMOLOGISTE  
Tél : 05 24 46 46 36  
37 Rue de Kaboul Sali

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/7/23	420,30 DA
	21/07/2023	1700,00

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date \_\_\_\_\_

### Montant de la Facture

20/7/23

420, 308A

21/07/2023

1700.00

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature  
du Praticien

Date des Soins

Nombre

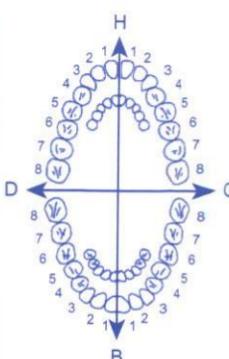
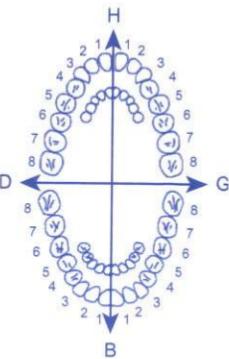
A M

PC

IM

IV

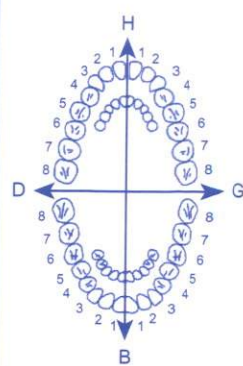
Montant détaillé  
des Honoraires

<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> 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															
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>  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"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">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> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

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

H

25533412

2 | 21433552


1

---

	0000000000

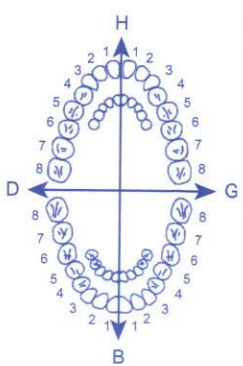
11

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



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Mahfoud Filali Abdelaziz

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé F.M de TOULOUSE

5, Rue Rabat ( Coin de Paris) V.N - SAFI  
Tél : 05 24 46 46 36



## الدكتور محفوظ الفلالي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بتولوز

5، زنقة الرباط - ركن باريس - أسفي  
الهاتف : 05 24 46 46 36

أسفي في : 20/07/23  
Safi le :

ANBOY Jafima

1) Travaux PH

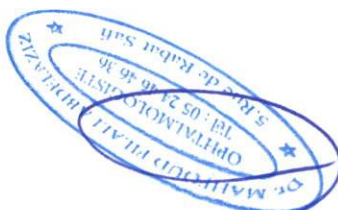


140.10x3

Docteur ZAFER MUSTAPHA  
Pharmacie Populaire  
Quartier El Corbe Safi  
Tél: 05.24.65.25.84

1/2 h energy

8 mdr



Docteur ZAHIR Mustapha  
Pharmacie Populaire  
Quartier El Corse - Safi  
Tél: 05.24.65.25.84

Docteur ZAHIR Mustapha  
Pharmacie Populaire  
Quartier El Corse - Safi  
Tél: 05.24.65.25.84

Docteur ZAHIR Mustapha  
Pharmacie Populaire  
Quartier El Corse - Safi  
Tél: 05.24.65.25.84



6 118001 070619  
**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH



6 118001 070619  
**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH



6 118001 070619  
**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

**Dr. Mahfoud Filali Abdelaziz**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé F.M de TOULOUSE

5, Rue Rabat ( Coin de Paris) V.N - SAFI  
Tél : 05 24 46 46 36



**الدكتور محفوظ الفلالي عبد العزيز**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بتولوز

5, زنقة الرباط - ركن باريس - أسفي  
الهاتف : 05 24 46 46 36

Safi le : 20/07/23 أسفي في

ANBRY fatima

Lune 11 jour 12 :

OD : Neutr

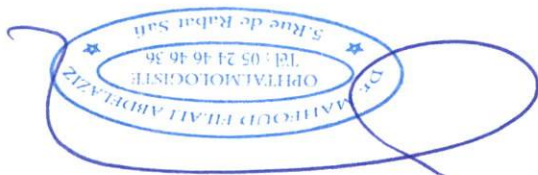
MEDICAL EYE OPTIC  
OUASSAL RABAT  
Rue de Rabat

OG : +0,75 (-1,5 d 85°)

+0,25 VP +2,75 006

Ambr R

Ambr - VU



# MEDICAL RABII OPTIC

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

OUASSAL RABII

Diplômé de l'institut supérieur

d'Optométrie & de Médecine d'Optique

SAINT PETERSBURG



بصريات ربيع الطبية

اختصاصي في علم البصريات

و العدسة اللاصقة

واصل ربيع

خريج المعهد العالي لعلم البصريات

و الطب البصري

سان بيترسبورغ

## FACTURE

N° 001564

DATE : 21-07-2023

POUR LE :

NOM & PRÉNOM : ANBAY FATIMA

ADRESSE :

TÉL :

DÉSIGNATION		PRIX
MONTURE	pour femme	300,00
OD L	plon	300,00
OG L	+0,75 (-1,50 ; 85°)	300,00
verres organique photogris anti-reflets		
SOUS TOTAL 1		900,00
MONTURE		300,00
OD P	+2,75	250,00
OD P		250,00
verres organique anti-reflets		
SOUS TOTAL 2		800,00
TOTAL		1700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille Sept cents dinars

Bd HASSAN II, N° 5, Imm. ZIRATEX Tél : 0612-083-497 / SAFI