

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-820542

181395



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10754

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAFIK FATIMA-ZAHRA

Date de naissance :

01 - 06 - 1975

Adresse :

RES. Kotobia Imm. 10 Apt 10 MASSIM  
CASABLANCA

Tél. : 0661419960

Total des frais engagés : 5250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL YOUSFI Haila

Ophtalmologiste

Hay Nassim, Residence Mona, 213

Apt. 34 - Casablanca

Tel.: 05 22 89 83 89 GSM: 06 77 78 86 84

Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/09/2023

Nom et prénom du malade :

Chafik Fatima Zahra Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

hypertension artérielle

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.

03 NOV. 2023

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

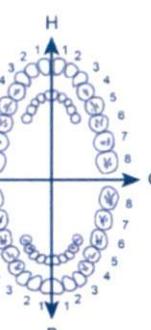
Le : 03/11/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

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
26/09/23	Co	Co	250 dt	INP : 1034116571611 Dr. Hay Nassim, Opticien, optométriste, Appt. 30, Avenue Monastir, Tel. 0522 89 83 89

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
DR. HAFIK Charik M. Hafik Opticien, Optométriste Tel. 05 34 85 85 85	22/9/23					5.000,-	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																									
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Nature des Soins</b> (List of treatments: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Coefficient</b> (List of coefficients: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: 100px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX			
						H																			
						25533412	21433552																		
						00000000	00000000																		
						D																			
G																									
B																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
MONTANTS DES SOINS																									
DATE DU DEVIS																									
DATE DE L'EXECUTION																									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																									
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																									

Dr. EL MAATAOUI Laila

Ophthalmologiste

Chirurgie de la cataracte, du glaucome, et chirurgie  
réfractive : lasik, smile PKR



الدكتورة المعطاوي ليلي

أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة وضفت العيون وتصحيح البصر

طبيبة أخصائية في طب وجراحة العيون

حاصلة على شهادة في البحث العلمي لطب العيون

تمت شهادة رخصة السياقة (طبيبة مرخص لها)

Diplômée en Recherche Scientifique en ophtalmologie PhD  
Au complexe intersectorial de recherche Scientifique  
et de technologie MNTK  
S.fyodorov eye microsurgery Federal state institution  
phd MNTK "S.fyodorov eye microsurgery/federal state institution"

A grée pour permis de conduire

Dr. EL MAATAOUI Laila  
Ophthalmologiste  
Hay Nassim, Résidence Mona, 213  
App. 34 Casablanca  
Tél. : 05 22 89 83 89 - GSM : 06 77 78 86 84

26/09/2023

Chafik Fathine 24 ans

Lette de vue avec verre  
propre des anti-reflets

v-de loin

OD +0,25

OS +0,5 (-0,5 ax 85)

dpp 64 mm

v de près

A d distance

OD +1,75

OS +1,75

dpp

63 mm

Dr. EL MAATAOUI Laila  
Ophthalmologiste  
Hay Nassim, Résidence Mona, 213  
App. 34 Casablanca  
Tél. : 05 22 89 83 89 - GSM : 06 77 78 86 84

حي التسميم، إقامة ناسيم، 213، رقم 34، الدار البيضاء  
الهاتف: 05 22 89 83 89 - GSM: 06 77 78 86 84  
البريد الإلكتروني: lailaelmaataoui@gmail.com

# OPTIQUE CHAFIK

Opticienne optométriste  
Spécialiste en lentilles de contact

Date : 27/09/2023

Nom : CHAFIK FACTURE N° : 001524

Prénom : Fatima Zahra

## Vision de loin

Monture	optique métallique					P.T
Verres	optiques progressifs antireflets anti lumière bleu amincis					
V.L	SPH	CYL	AXE	ADD	P.U	P.T
OD	+0,25			+1,75	1750,-	
OG	+0,50	-0,50	85°	+1,75	1750,-	3500,-

## Vision de près

Monture						P.T
Verres						
V.L	SPH	CYL	AXE	ADD	P.U	P.T
OD						
OG						

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq mille dirhams

Total ttc

32, av. lalla Amina Tabriquet - Salé / Tél : 05 37 85 29 53 R.C.N° 10397

PATENTE N° 29097 200 - ICE : 001634397000073

INPE : 105022602 / IF : 3357212 / CNSS : 7562403