

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

- Reclamation : 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

N° W21-633868

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08154 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMPABTE MHAMED
 Date de naissance : 01/10/1985
 Adresse : N° 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFIK
 BERRERCHID
 Tél. : 06 66 11 31 30 Total des frais engagés : 4450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/11/23
 Nom et prénom du malade : ELTAMH HANAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : vers l'infirmité
 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 : NSR Le : 23/11/2023
 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 le Paiement des Actes
03/11/23	C	2	2000	INP : 0912431527

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/11/23					

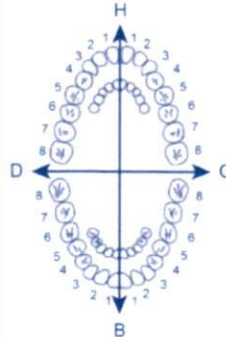
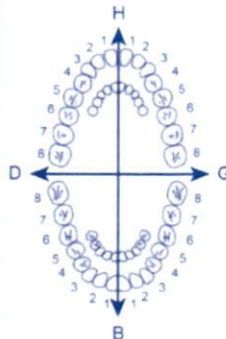
MOUSSAOUI Abdssamad
INPE:095012357

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	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"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste
Bloc Kodia 106 Bd. E N° 7 Bis,
El Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
Patente : 32825428



N° 006663

نظارات مساوي

أخصائي في النظارات البصرية
بلوك الكدية 106 - الحي المحمدي
الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي
الهاتف : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
الباتنتا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur : Fatim ezahra Bendmane

N° de nomenclature _____

Correspondant à la prescription _____

LOIN	O.D : <u>Plan (-1,25 à 120°)</u>	PRES	O.D : _____
	O.G : <u>Plan (-0,75 à 60°)</u>		O.G : _____

FOURNITURE

Monture : optique

2 Verres : organiques
progressifs antireflets

Etuils : _____

Optique MOUSSAOUI
Opticien Optométriste
Bd. E. Bloc 106, N° 7
Hay Mohammadi - Casablanca
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39

Total : _____

T.T : _____

1700,00 DH

2500,00 DH

4200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre mille deux cents
Casablanca, le 20/11/2023 dirhams

M. ou Mme : el Fatih Hanan

Docteur Fatim Ezohra BENOTMANE

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتورة فاطمة الزهراء بنعثمان

إختصاصية في
أمراض و جراحة العيون

03 novembre 2023

Mme EL FATHI Hanan

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets

Vision de loin :

OD = (- 1.25 à 120°)

OG = (- 0.75 à 60°)

Vision de près :

ODG = Add : + 1.25

OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Optométriste

Bd. E. Bloc 106, N° 7

Hay Mohammadi - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39-GSM: 06 69 00 97 85

DR. BENOTMANE Fatim Ezohra
OPHTALMOLOGISTE
APR 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc
Tél : +212 5 22 03 54 95
E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com

Apt 05, 2^{ème} Etage Melk Bouchaib 7 - Berrechid - Maroc

Tél. : + 212 5 22 03 54 95 - GSM : 06 61 84 22 85 - E-mail : docteurbenotmanefz@gmail.com