

# 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  
M23-002958

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4411 Société : 187045  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MR ZRAOULI HAMED  
Date de naissance : 1-1-49  
Adresse : Rue Amir Abdelkader Ville Nouvelle SAFI  
Tél. : 0661328375 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mustapha EL KHALQ.  
Ophtalmologiste  
App. 4, Imm SAADA Angle  
BORDJ BOUENNAH & Ibn Khaldoun - Safi

Date de consultation : 07 Octo 2023  
Nom et prénom du malade : ZRAOULI HAMED Age : 74 ans  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection oculaire  
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 :  
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
07 Octo 2023	C2	2	300DH	Dr. Mustapha EL KHAYAT Ophthalmo-Opticien App. 11111111111111111111 Av. Kennedy & Ibn Khaldoun SARL

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE NOUVEAU 05 24 46 30 87-5	07/10/23	114,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

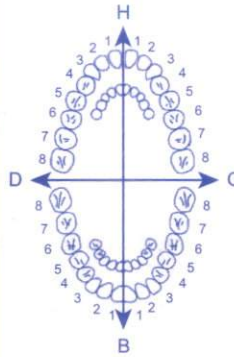
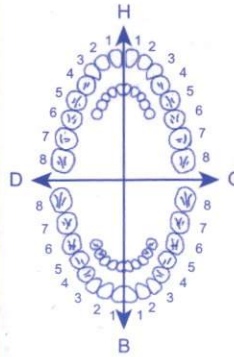
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICAL AUDITION Opticien Optométriste Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour et Youssef en Tadjine, N°1-Mohammedia 30.47.13	5/12/23					7000DH

# 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr. Mustapha El Khalqi

Spécialiste

Maladies et chirurgies des yeux



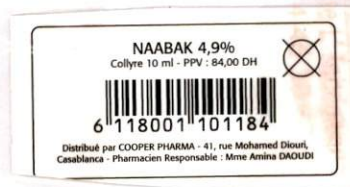
الدكتور مصطفى الخلقوي

أخصائي في طب  
و جراحة العيون

Safi, le: 07 Octo 2023 : آسفي, في:

13. Place  
PH/  
Tel: 05 24 46 12 12

ERABOU  
M. Hamed  
84.00



NAABAK (C)

30.30

Iconb



114.30

الصيدلية الجديدة  
PHARMACIE NOUVELLE  
13, Place de L'Indépendance  
Tel: 05 24 46 12 12

Dr. Mustapha EL KHALQI  
Ophthalmologist  
App. 4 Imm SAADA Angle  
M. Kennedy & Ibn Khaldoun SAFI



الشقة 4, عمارة السعادة, زاوية شارع كندي و ابن خلدون - آسفي

App 4, Imm SAADA, Angle Avenue KENNEDY et IBN KHALDOUN - SAFI

## OPTICAL AUDITION

Client: Mr ZRAOULI MHAMED

N° Facture: FZM68432312150400

Date: 15/12/2023

Désignation	Qté	Valeur TTC
Monture	1	1000
VERRE OD Organique PRG ATR: +3.25 (-0.50 à 125.00) / ADD: +2.75	1	3000.00
VERRE OG Organique PRG ATR: +3.75 (-0.50 à 5) / ADD: +2.75	1	3000.00
HT		5833.33
TVA 20.00%		1166.67
TTC		7000.00

**OPTICAL AUDITION**  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza I, Angle Yaacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammadia  
Tél: 05 23.30.47.13

La présente facture est arrêtée à la somme: SEPT MILLE DIRHAMS

PARC PLAZZA I, ANGLE YAACOUB EL MANSOUR, YOUSSEF BEN TACHFINE IMM. M N°1-MOHAMMEDIA  
Tél: 05.23.30.47.13 / N°PATENTE: 14378870 / N°IF: 14378870 / N°RC: RCN 12303  
ICE: 001509644000079 / INPE: 095013348 / Email: opticalaudition@gmail.com

Dr. Mustapha El Khalqi  
Spécialiste  
Maladies et chirurgies des yeux



الدكتور المصطفى الخلقوي  
أخصائي في طب  
و جراحة العيون

آسفي, le: .....

07 Octo 2023

ZKAOULI  
M Hamed

verres progressif  
Anti reflex =

Vision de loin =

$$OD = (125^\circ - 0,40) + 3,25$$

$$OS = (5^\circ - 0,00) + 3,75$$

Vision de Pres =

$$ADD \geq +2,75$$

+ monture

OPTICAL AUDITION  
Opticien Optométriste  
Parc Plaza1, Angle Yacoub El Mansour  
et Youssef Ben Tachfine, N°1-Mohammedia  
Tél: 05 23.30.47.13

Dr. Mustapha EL KHALQI  
Ophthalmologiste  
App. 4 Imm SAADA Angle  
Kennedy & Ibn Khaldoun SAFI



TEI: 05 24 46 12 12

الشقة 4, عمارة السعادة, زاوية شارع كندي و ابن خلدون - آسفي  
App4, Imm SAADA, Angle Avenue KENNEDY et IBN KHALDOUN - SAFI