

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-667176

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 620

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN HARI

Petrushka

Date de naissance :

06/01/1960

Total des frais engagés : 400 + 3000 + 144,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHLIFI Houda  
Ophtalmologue  
NPE: 091166884  
0522237929

Date de consultation : 20/02/2014

Nom et prénom du malade : Ziad Khadya

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Barème

Enfant

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/02/2014

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>131 BD VERSOIS EI Meaux Tél: 06 22 25 07 74 05 22 29 03 86</p>	20/02/24	144,10
	20240214	

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	27/04/24				# 30000 \$

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
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> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montants des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		Coefficient des travaux <input type="text"/>														
		Montants des soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																



*Un autre regard sur vos yeux*

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

N° 010585

Casablanca, le: 27/02/24

Mme / Mr : ZIAD KHADIJA

Dr: Houda khelifi

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rgibate Casa  
Inpe: 065032633 - RC. 508275

VL

OD : +1 (-1 à 192°)

OG : +1,75 (-0,50 à 60°)

Monture

optique

1200

DH

VP-Add

OD : +2,75

OG : +2,75

Verres

O.R antireflet

1800

DH

Total à payer: 3000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille dirhams

Akram Daali  
Inpe : 065032633



Cachet et signature



مركز العيون بئر أنزاران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

Casablanca le 20/02/24

الدار البيضاء في:

De 3 iad Kladiga,  
Vetres e contour ,  
animes  
antireflets  
 $OD = +1 (-1 à +2)$   
 $OG = +1,75 (-0,50 à +0)$

Dr. Houda KHLIFI  
Optométriste  
INPE: 091166884  
Tél: 05 22 23 79 29



إقامة غبطة، 1 زاوية شارع بئر أنزاران و زنقة ابن سريح (قرب المسجد) الطابق الأول - البيضاء - الهاتف: 05 22 23 79 29 - المستعجلات: 06 48 43 74 56  
Résidence Ghita, 1 angle Bd Bir anzarane et rue ibnou soural (miloyenne de la mosquée) - 1er étage-Casablanca. Tél: 05 22 23 79 29 - Urgences: 06 48 43 74 56  
INPE : 091166884 Patente : 35760312



مركز العيون ببر انزاران  
CENTRE D'OPHTHALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris-VI  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفي  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

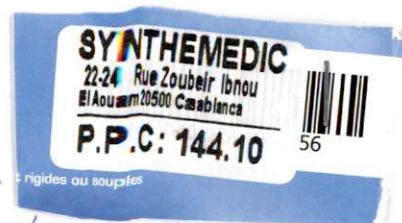
Casablanca le: 20/02/24

الدار البيضاء في:



Houda Khlifi

م.م.  
V  
س.د. ك.ل.ي.



م.م.  
س.د. ك.ل.ي.

