

# 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.

## Diagnostique 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° P19- 052512

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0556 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ADOUANE BOUCHAIB  
Date de naissance : 1945  
Adresse : Rue Ait Gaurir Residence Iltikar (A) Casablanca  
Tél. : 0661635819 Total des frais engagés :

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR CHAKIB MARRAKCHI OPHTALMOLOGISTE Maladies et Chirurgie des yeux 320, bd Zerkouni - Casablanca Tél. : 0522 20 45 45  
Date de consultation : 10/11/2020  
Nom et prénom du malade : El Hafiane Rachida Age : 64 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : hypertension + corps vitreux  
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 Le : 10/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : Adouane



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 10/11/2025      | C5 + FO K12       |                       | 400,00                          |                                                                |
|                 | FO au 1/3m        |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                   | Date       | Montant de la Facture |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE MY YOUSSEF<br>Salma CHERIF D'OUAZZANE<br>Docteur en Pharmacie<br>139, Boulevard My Youssef<br>Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25 | 10/11/2025 | 288,00                |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |
|                                                                                                                                          |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

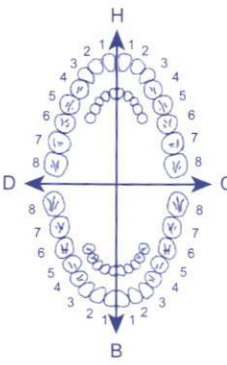
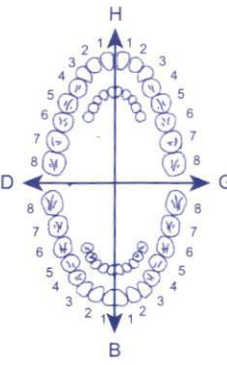
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

| SOINS DENTAIRES                                                                       | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins    | Coefficient        |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-------------------------|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | Coefficient DES TRAVAUX |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | MONTANTS DES SOINS      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    | FIN D'EXECUTION         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES                                                             | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                     | MONTANTS DES SOINS |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     | DATE DU DEVIS      |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | DATE DE L'EXECUTION |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Marrakchi Chahib  
Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Laser - Angiographie - Lentilles de contact  
CHIRURGIE de la MYOPIE PAR FEMTO-LASIK

الذكتور شهاب المراكشي  
اختصاصي

في امراض وجراحة العيون  
خريج كلية الطب بـتونس، فرنسا

CASABLANCA, le

10/11/2020

ADOUANE Rachid

1 Amétropie + V. Amétropie

1.67

V. bon: pres myope

OD = +4,25 (+0,25 à 100°)

OG = +4,50 (+1 à 90°)

V. Rx = Ad + 2,75

320, Boulevard ZERKTOUNI. 1er ET. CASABLANCA  
TEL : 05.22.47.57.60 / 05.22.22.60.85 - Urgence : GSM : 06.61.16.97.60



- OPTIVE Fusion  
179,00

**Euro medic**  
Distributeur Exclusif

1180263  
**OPTIVE FUSION UD**  
Solution à usage ophtalmique  
Unidoses 0.4 ml - B/30

PPC : 179,00 Dhs

1 Miniox à repartir sans  
la finie  
41,00

6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH

- GEL ARMES 2 tubes (S.V)

1 fHe le fin au C 3 ml  
68,00  
Diclo CED 1 fHe

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH

6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

1 fHe x 3/1 → 4 fHe

**PHARMACIE MY. YOUSSEF**  
Salma CHERIE D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
CASABLANCA - Tel: 05 22 22 27 25

**DR GHANIS MACHARCHI**  
OPHTALMOLOGISTE  
Maladies et Chirurgie des yeux  
320, bd Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 22 27 25

288,00