

## 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïlali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-463487

CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1053

Matricule : 1053 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHBANI KHALID

Date de naissance : 18-12-1969

Adresse : Lot 314 Lefange Boukoura

Tél. : 0663538767 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 21/12/2019

Nom et prénom du malade : SAHBANI Youssef Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Couleur

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : Boukoura

Le : 31/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

VOLET ADHERENT

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
22/12/2019	CS Consult			INP : 09/11/72/283

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	
	23/12/19					2000.00 Dh

VOLET ADHERENT

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 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 <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	G															
	00000000	00000000															
	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													



# Rizki optic

Facture N° 0453/2019

LE: 31/12/2019

Client : Mr. SAHBANI YOUSSEF

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
ŒIL DROIT	-0.50	-0.25	85°	
ŒIL GAUCHE	PLAN	-0.50	105°	

Vision de loin :

Monture : OPTIQUE

Verre : ORGANIQUE ANTIREFLETS

FILTRE BLEU

Montant de la vision de loin :

ŒIL DROIT	600
ŒIL GAUCHE	600
MONTURE	800

Vision de près :

Monture :

VERRE :

Montant de la vision de près

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 2000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Deux mille**  
**dirhams**

142, LOT Dandoune - Sidi Maârouf - Casablanca. Tél : 05 22 97 34 72

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041



095011201

INPE :

RIZKI OPTIC  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N°142-LOT DANDOUNE  
SIDI MAAROUF-CASABLANCA  
Tél : 0522 97 34 72

# Docteur BERRADA Salma

Spécialiste en Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte

Chirurgie du glaucome

Chirurgie réfractive

Chirurgie des voies lacrymales

Contactologie

Angiographie rétinienne

Traitements par laser



الدكتورة برادة سلمى  
اختصاصية في طب وجراحة العيون

جراحة الجلدة

جراحة المياه الزرقاء

جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة مسالك الدموع

العدسات اللاصقة

تصوير الشبكية

العلاج بالليزر



INPE : 091171223

Bouskoura, le 21 décembre 2019

2019

## Enf. SAHBANI Youssef

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
organiques anti-UV Antireflets

OD = - 0.50 (- 0.25 à 85°)

OG = Plan (- 0.50 à 105°)

RIZKI OPTIC  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
SIN MAAROUF DANDOUNE  
SIN MAAROUF-CASABLANCA  
Tel : 0522 97 34 72

Dr BERRADA Salma  
Opticien Optométriste  
Tel : 0522 59 05 26

العنوان : عمارة هرادي، الطابق الثاني، الشقة رقم 1 ، مركز بوسكورة فوق صيدلية مارية ووكالة ONE بوسكورة

Adresse : Immeuble Herradi, 2<sup>ème</sup> étage , Appt N° 1 – Bouskoura Centre.

(Au dessus de la pharmacie Maria et de l'agence ONE Bouskoura)

Tél : 05 22 59 05 26 – E-mail : drberradasalma@gmail.com