

## 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

N° W19-463487

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>(22204)</b>			
Matricule :	11053		
Nom & Prénom :	<b>SAHBANI KHALID</b>		
Date de naissance :	18-12-1969		
Adresse :	<b>lot 314 hafarje Boukhma</b>		
Tél. :	<b>0663538767</b>		
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	<b>DR BERRADA SAMA</b>	<b>MUPRAS</b>
Cachet du médecin :	<b>DR BERRADA SAMA</b>	<b>22 FEV. 2020</b>
Date de consultation :	<b>21/02/2020</b>	<b>DR SABER RAM</b>
Nom et prénom du malade :	<b>SAHBANI Youssef</b>	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<b>Conseil</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<b>21 FEV. 2020</b>	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : **Boulaqoura** Le : **31/02/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

### RELEVE 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 INP : 081171423
21/12/2019	CS. Général	Dr C. S. 2019		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>ZIKI OPTIC OPTICIEN OPTOMETRISTE SIDI MAAROUF CASABLANCA Tél: 0522 57 34 72</i>	21/12/19					2000.00 DT

VOLET ADHERENT

### RELEVE 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"/>
				<input type="text"/> CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 26533412 00000000 D 00000000 B 36533411	G 21433552 00000000 G 00000000 B 11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				<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

# 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°	
ŒILGAUCHE	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** C  
**dirhams**

RIZKI OPTIC  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
N°142-LOT DANDOUNE  
SIDI MAAROUF-CASABLANCA

Tél : 0522 87 34 72

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

Patente : 36125956 IF : 20798514 RC : 431448

ICE : 001957304000041



095011201

INPe :

# 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



INPE : 091171223



الدكتورة براة سلمى  
اختصاصية في طب وجراحة العيون

- جراحة الجلاة
- جراحة المياه الزرقاء
- جراحة تصحيح البصر بالليزر
- جراحة مسالك الدموع
- العدسات اللاصقة
- تصوير الشبكية
- العادج بالليزر

Bouskoura, le 21 décembre 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  
SIDI MAAROUF-CASABLANCA  
Tel : 0522 97 34 72



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