

# 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.

## Pathologie 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° P19- 060443  
56481  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8246 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL SIDGHINI EL ABID  
Date de naissance : 01/01/1957  
Adresse :  
Tél. : 0663.867779 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 13/01/2021  
Nom et prénom du malade : EL SIDGHINI EL ABID Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Baisse visuelle  
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 : Casa Le : 13/01/2021  
Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible][illegible]

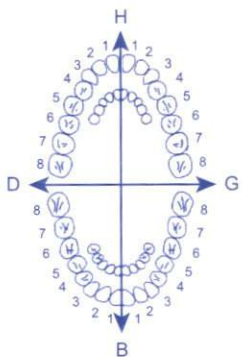
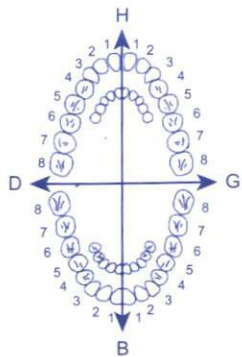
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<b>BACHA VISON</b> 25, Rue Ali El Hassan Baladia Tel : 027 85.38.78	20/10/2021		—	—	340,00

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000   <b>D</b>    00000000                      35533411                 </div> <div style="text-align: right;"> <b>G</b>                      21433552                      00000000                       00000000                      11433553   <b>B</b> </div> </div>			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز العيون بئر أنزران

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 خليفى

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

خريجة جامعة باريس VII

طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 13/01/2021

Phoi d'oeux et abid,

Verres e monture,

lunettes  
antireflet  
Progressifs

OD = + 2 (- 0,75 à 80°)

OG = + 1,75 (- 1 à 85°)

add + 2,75 ODG

BACHA VISION  
25, Rue Mly El Hassan Badia  
Tél: 07 79 38 78

Centre d'Ophtalmologie Bir Anzarane  
Dr. Houda KHLIFI  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
36, Bd Bir Anzarane 1er étage Appart N° 2 Casablanca  
Tél: 05 22 23 79 29





**BACHA VISION**  
 25, Rue My El Hassan Baladia  
 Tél : 022 85.38.78

**FACTURE** N° 12

Mr : EL Ouedghin el abid  
 Le : 20/04/2021

Quantité	DESIGNATION	P.U.	P.TOTAL
----------	-------------	------	---------

Minimum optique		1200,00	
Les verres progressif optiques		1200,00	
avec optiques III		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	

		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	

		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	
		1200,00	

**BACHA VISION**  
 25, Rue My El Hassan Baladia  
 Tél : 022 85.38.78

**BACHA VISION**  
 25, Rue My El Hassan Baladia  
 Tél : 022 85.38.78  
 ICE: 0086798000031