

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 Étage 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° W21-623791

70939

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6446 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAN ZAH RAHID

Date de naissance : 13/12/65

Adresse : LES CHALETS DE BOUSKOURA V7 BOUSKOURA NOUASSER

CASABLANCA

Tél. : 06 61226340 Total des frais engagés : 20000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/04/2021

Nom et prénom du malade : MAN ZAH RAHID

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

Nature de la maladie : vue de réfraction

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 : 07/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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
07/04/21	CS		2000h	INP : 01221414
				Dr. MOUSSAQUI Ka
				Spécialiste
				St. Ch. Boukell

[illegible][illegible]

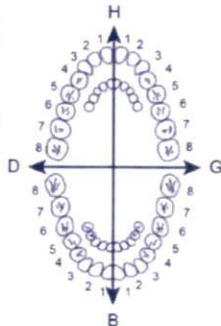
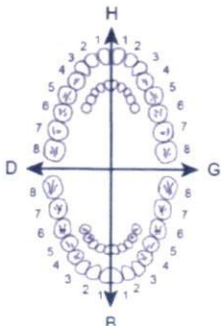
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>W LIFE OPTICAL SARL</b> Opticien Optométriste 381495 - Patente: 33067379 GSM: 06 74 82 23 53	21/4 2021					1800,00

# 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 l'O.D.F.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <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

**NEW LIFE OPTICAL SARL**  
Opticien Optométriste  
RC: 387495 - Patente: 33067379  
GSM: 06 74 82 23 53

New life

optical

Group 4N° 155 Bd

I.T.P: 33067379-R.C: 381495

ouqba ibnu Nafie sidi moumen

I.C.E: 001337766000381

Tel: 06.74.82.23.53

FACTURE:

Casablanca: 714120

M/Mme

MANZAH NOURAD

N° de nomenclature:

Docteur: NOUSSAOU KARINA

Monture:

OPTIQUE

Verres:

ORNA 9 A R

800,00

1000,00

VL:

OD

(+0,75 x 45°) -0,25

OG

(+0,25 x 45°) +0,25

VP:

OD ADD

OG ADD

Arrête la Présente Facture à la Somme de:

mille huit cent DHS

1800,00

NEW LIFE OPTICAL SARL

Opticien-Optométriste

RC: 381495 - Patente: 33067379

GSM: 06 74 82 23 53

Docteur Moussaoui Karima

Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

(Cataracte Phacoemulsification)

Chirurgie des Voies Lacrymales

Lentilles de Contact-Strabisme

Angiographie - Laser



الدكتورة موساوي كريمة

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جلالة بالليزر - جراحة مسالك الدموع

الليزر-العدسات الأصدقاء

رأديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 07/04/2024 في الدار البيضاء،

Amr Zah Noured

— lunettes pour VL mv

OD - 0 25 ( + 0,25; 45° )

OU 7 0 25 ( + 0 25; 145° )

NEW LIFE OPTICAL SARL

Opticien Optométriste

1495 - Patente: 3306737

M: 06 74 82 23 53

Dr. MOUSSAOUI Karima  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux  
237 Bd. Abou Chouaib Doukkali  
Sidi Maârouf IV, Casablanca

سيدي معروف الرابع، الزنقة 15 الرقم 237 - شارع أبو شعيب الدكالي - الطابق الأول

237, Bd. Abou Chouaib Doukkali - 1<sup>er</sup> Etage Sidi Maârouf IV, Rue 15

Casablanca - Tél. : 05.22.82.68.12 : الهاتف

IF : 45304040 - ICE : 0018449000013