

# 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.

## 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

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° M21- 0019287

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1063 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : REZKI ABDELHAMID

Date de naissance : 07-01-1950

Adresse : LOT COMMUNAL BLOC II N° 112 HAY HASSANI

CASA 02

Tél. : 0616 087169 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal, SC  
Casablanca

Tél : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 49 34 51

Date de consultation : 08/07/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : 08/07/2021

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
08/07/21	cs		300.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>OPTIQUE MOUSSAOUI</b> Opticien Optométriste Ed. E. Bloc 106, N° 7 Hay Mohammadia-Casablanca Tél: 05 22 80 34 39 - Fax: 06 69 00 97 85	09/07/2021	3009.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

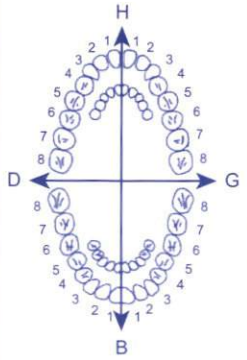
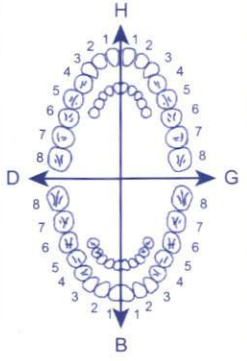
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> G  21433552  00000000  00000000  11433553  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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



PT210518134238

08 juillet 2021

**Mr. REZKI Abdelhamid**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 1.75 (- 1.50 à 159°)

OG = + 0.25 (- 0.25 à 10°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**OPTIQUE MOUSSAOUI**  
Opticien Optométriste  
Bd. E. Blum 06, N° 7  
Hay Mohammed-Casablanca  
Tél: 05 22 80 34 39-GSM: 06 69 00 97 85

**Dr. Reda MIKOU**  
Ophtalmologiste  
Chirurgie Vitéo-Rétinienne - Casablanca SC  
18, Avenue Stendhal - 10620 - Casablanca  
Tél: (+212) 05 22 47 15 94 - Fax: (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail: mikou@cliniquestendhal.com

# OPTIQUE MOUSSAOUI

Opticien Spécialiste

bloc Kodia 106 Bd.E

N°7 Bis EL Hay Mohammedi - casa

Tél : 06 69 00 97 58

05 22 60 34 93

Patente : 32825428



0002048

## نظارات مسأوي

اختصاصي في النظارات البصرية

بلوك الكدية 106 شارع E

الرقم 7 مكرر - الحي المحمدي

الهاتف 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنا 32825428

Ordonnance de M.le Docteur :

*Feda Mikou*

N° DE nomenclature

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D:	<i>159° - 108° - 171</i>	PRES	O.D:	
	O.G:	<i>10° - 0251 + 025</i>		O.G:	<i>1411 + 256</i>

## FOURNITURE

1 Monture : *optic load*

2 Verres : *Vari lux optima 41*  
*Blue Shield 0.70*

Etais :

Total : *Trois Mille*  
*divers*

*800,00*

*1100,00*

*1100,00*

*3000,00*

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Csablanca , le *09/07/2021*

M. ou Mme : *REZKI Abdelhamid*

OPTIQUE MOUSSAOUI  
Opticien - Optométriste  
Bd. E, Bloc 106, N° 7  
Hay Mohammedi - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

ICE : 001789511000067-: 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS: 173923031