

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 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° M20- 0001473

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R-A-M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NOUREDDINE MACHITE

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane

Tél. : 0664245206 Total des frais engagés : 2368,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 AOÛT 2021

Nom et prénom du malade : MACHITE NOUREDDINE Age :

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

Nature de la maladie : Affection canalaire

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 06/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RÉLEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| CS | | 25054 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL HAOUIZA 11a St. Sidi Moussa Casablanca Tél: 05 22 56 1 866 | 06/08/2021 | 18.50 |

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 | |
| TIQUE YOUSRA Miri Nour ESSAID Optométriste Boulevard 10 Mars Bloc 12 Madinat - Casablanca Tél.: 05 22 38 56 56 | 09/08/2021 | | | | | 260000 |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|----------------------|--|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
| | | | | 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> | | H | | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | D | G | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | B | | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | 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

Dr Wafaa REGRAGUI

SPÉCIALISTE EN MALADIE
ET CHIRURGIE DES YEUX



الدكتورة وفاء رڭراڭي
طبيبة اختصاصية
في أمراض وجراحة العيون

Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses
de l'université de Paris VII
Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital du 20 août
Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane
Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS
Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme
Lentilles e contract - Maladies de la rétine

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
دبلوم في تعفنات و التهابات العين من جامعة باريس VII
طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت
طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد
طبيبة العيون سابقة بمصحة الضمان الإجتماعي
جراحة الجلالة - ضغط العين - طب الحول
مسالك الدموع - العدسات الاصقة - أمراض الشبكية

لا تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca 06 août 2021.....

Mr. NACHITE Nouredine

1/ SOPHTAL COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 15 jours



Dr REGRAGUI WAFAA
Ophtalmologue
180, Boulevard Anoual - 1er étage
(au dessus de la pharmacie Mabrouka)
Tel: 0522 561 866



180, شارع أنوال - الطابق الأول - سيدي عثمان (فوق صيدلية مبروكة) - الهاتف: 05 22 56 18 66
180, Boulevard Anoual - 1er Etage - Sidi Othmane (au dessus de la pharmacie mabrouka) - Tél: 05 22 56 18 66

Docteur Wafaa REGRAGUI

SPÉCIALISTE EN MALADIE
ET CHIRURGIE DES YEUX



Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses
de l'université de Paris VII
Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital du 20 août
Ex. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane
Ex. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS
Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme
Lentilles e contract - Maladies de la rétine

الدكتورة وفاء رڭراڭي
طبيبة اختصاصية
في أمراض وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
دبلوم في تعفنات و التهابات العين من جامعة باريس VII
طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت
طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد
طبيبة العيون سابقة بمصحة الضمان الإجتماعي
جراحة الجلالة - ضغط العين - طب الحول
مسالك الدموع - العدسات الاصقة - أمراض الشبكية

لا تغيير لتاريخ الفحص

Casablanca 06 août 2021.....

Mr. NACHITE Nouredine

Monture + verres correcteurs progressifs

PHOTOCHROMIQUES

VL : OD = + 1.50 (- 0.25 à 150°)

OG = + 1.50

+Add EN VP: + 2.50 ODG

OPTIQUE YOUSRA
Miri Nour ESSAID
Optique Optométriste
22, Avenue 10 Mars Bloc 12
Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 38 56 56

Dr REGRAGUI WAFAA
Ophtalmologiste
180, Boulevard Anoual - 1er Etage
(au dessus de la pharmacie Mabrouka)
Tél: 05 22 56 18 66



نظارات يسرى
OPTIQUE YOUSRA

MIRI NOUR ESSAID

Av. du 10 Mars - Bloc 12 - N° 22Bis

Sidi Othmane - casablanca

Tél.: 05.22.38.56.56

FACTURE

N° 005810

OPTICIEN OPTOMERISTE

Centre d'Adaptation de

Lentilles de Contact

Casablanca le : 09/08/2021

M: NACHITE NOUREDDINE

00154882500074
ECE

| QUANTITE | DESIGNATION | NOMENCIATURE | P.U. | MONTANT |
|--|---|---|------|---------|
| 1 | MONTURE | 1 | 500 | 500,00 |
| 1 | VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE PHOTOGREY | 431 | 1100 | 1100,00 |
| 1 | VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE PHOTOGREY | 428 | 1000 | 1000,00 |
| Timbre Payé Sur Etat | | OPTIQUE YOUSRA Miri Nour-ESSAID Optique Optométriste 22-Avenue 10 Mars - Bloc 12 Sidi Othmane - Casablanca Tél: 05 22 38 56 56 | | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux Mille Six CENT DIRMAMS | | Total HT T.V.A 20% TOTAL T.T.C. | | 2600,00 |

R.C. : 225710 - Patente : 37203104 - IGR : 6540

RÉLEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 06 AOUT 2021 | CS | | 25054 | Dr REGAGUI WAFAT 180, Bd de la République, 1er étage Sidi Othmane - Casablanca Tél: 0522 561 866 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL MAOUZIA 14 Bd de la République Sidi Othmane - Casablanca Tél: 0522 561 866 | 06/08/2021 | 18.50 |

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 | |
| OPTIQUE YOUSSEF Miri Nour ESSAID Optique Optométriste 22, Avenue 10 Mars Bloc 12 Sidi Othmane - Casablanca Tél.: 05 22 38 56 56 | 09/08/2021 | | | | | 260000 |

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'occlusion.

| 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 | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | | Coefficient DES TRAVAUX | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | 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

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.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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

IPRAS 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.

RAS : 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

Nº M20- 0001473

80760

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10233 Société : R - A - M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BI

Nom & Prénom : Laureodine / Achille

Date de naissance : 05-08-1963

Adresse : Bloc 60 N° 63 Sidi Othmane CAS.

Tél: 0664245206 Total des frais engagés: 236850 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/08/2021

Nom et prénom du malade : MACHITE NOUREDDINE Age: 58 ans

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

Nature de la maladie : Atteinte ORL

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 : 06/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :