

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 - 8ème 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- 066590

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03074 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AKRAMINE EL Mostafa

Date de naissance : 01/07/1953

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 22 / 9 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					



W16-068720

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3074

Nom & Prénom EL AKRAMINE EL MOSTAFA

Fonction : Retraité Phones.....

Mail elakramine@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient EL mostafa

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 01/07/1953 Date 7 SEP. 2021

Nature de la maladie Affection pathologique Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident: Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

C2

300,-

**Dr. BERRADA Mohammed**  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
Email: berrada.hamid@gmail.com

PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 15/09/2021

Nombre Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

1 Monture  
2 verres progressifs organiques  
Antis-reflet

2500,0

4000,0

**STYLE OPTIC**  
Mme MERIEM BERRADA  
Opticienne - Optométriste  
8, Rue Chahid Palmer - CASA  
Tél: 0522 99 17 07

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le ..... 7 SEP. 2021 .....

EL A KRAMINE EL MOSTAJO

lunettes

OD : (150; +1) + 1,50

OG : (180; +1,25) + 1,75

mit = ODA = obd + 2,75

verres progressifs amines  
ou bifocaux

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

E-mail: berrada.hamid@gmail.com

STYLE OPTIC  
Mme MERIEM BERRADA  
Opticienne - Optométriste  
Rue Chantre - Bd Abdelmoumen  
Quartier Palmer - CASABA  
Tél: 0522 99 17 07

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن البيضاء

Résidence Acapulco ( au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف : E-mail : berrada.hamid@gmail.com



# Style Optic

Client

Mr Mme

EL A & RAMINE  
el Mostafa

FACTURE N° 001363

Date: 15/09/2024

Quantité	DESIGNATION	Prix(U) / TTC	prix total / TTC
1	Monture	2500,00	
2	verres progressifs organiques / Anti reflet	4000,00	
		5500,00	
	OD: +1.50 (+1.00 a' 150)		
	OG: +1.75 (+1.25 a' 180)		
	ADD: +2.75		

STYLE OPTIC  
Mme MEREM BERRADA  
Opticienne - Optométriste  
8, Rue Chatilla, Bd Abdelmoumen  
Quartier Palmier - CASABA  
Tél: 0522 98 17 07

Arrêtée la présente facture à la somme de :

55 Mille cinq  
Cent dix dont 20% de TVA incluse

8, Rue Chatilla, Bd . Abdelmoumen, Quartier Palmier - Casablanca -Tél.: 05 22 98 17 07

Patente N° : 34771682 - R.C. : 306750 - I.F. : 42016525

ICE:

000835320000024