

## 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 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

- Reclamation : 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° M21- 040876

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01123 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUFLIH Khadouj

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 250 + 64,40 + Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2022

Nom et prénom du malade : ELMOUFLIH KHADOUJ Age :

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

Nature de la maladie : coronaropathie progressive

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 : 22/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
17/03/2022	S		250	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>صيدانية ابن كثير</p> <p>Pharmacie IBRAHIM KATIR</p> <p>M'hamed QERMANE</p> <p>Docteur en Pharmacie</p>	17/03/2022	44,40

## 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
		AM	PC	IM	IV	
<p>JEM OPTIQUE SARL AU</p> <p>OPTICIENNE OPTOMETRISTE</p> <p>17, Rue Lahcen El Arjouné</p> <p>CASABLANCA - B.C. 113543</p> <p>Tél: 05 22 11 11 11</p>	19/03/2022					5950

# 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

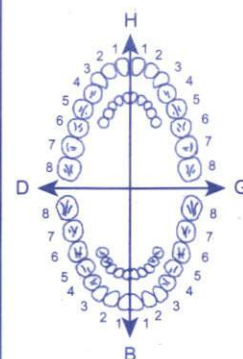
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

• Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر.....

Casa le : 17 Mars 2022

**Mme ELMOUFLIH Khaddouj**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 1.50 à 86°)

OG = + 1.50 (- 1.25 à 88°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose



6 118001 251414

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

44.40

CELLUVISC: COLLYRE



صيدلية ابن كثير  
Pharmacie IBRAHIM KATIR  
Minamed GERMANE  
Docteur en Pharmacie  
KATIR

1 goutte 3 à 4 fois/ jour, les deux yeux, 3 Mois

**JEM OPTIQUE SARL AU**  
**OPTICIENNE OPTOMETRISTE**  
17, Rue Lahcen El Arjoun  
CASABLANCA - R.C: 113543  
Tél: 0522 86.00.58-Fax: 0522.86.50.18

صيدلية ابن كثير  
Pharmacie IBRAHIM KATIR  
Minamed GERMANE  
Docteur en Pharmacie  
KATIR



# J.E.M Optique

sar l

17, rue Lachen El Arjoune

face HOPITAL 20 AOÛT

20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 63

le 19/03/2022

Facture n° 22 0133

EL MOUFLIH KHADDOUJ

## Multifocaux

### Monture

N° TIPS: 1A

MUPRAS

1 800,00

### Verres

PROGRESSIF ORGANIQUE 65mm  
ANTI REFLET

OD..... N° TIPS: 431

2 075,00

OG..... N° TIPS: 431

2 075,00

INPE : 095001004

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

total

5 950,00

DIR  
DIR

total T.T.C.

5 950,00