

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

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° P19- 055228

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1650 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Agnan Baye madi
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 05 22 36 00 59 Total des frais engagés : 3.579,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/03/2022
 Nom et prénom du malade : REMELLAKH Soumaya Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Prostate
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

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
17-03-2022	Consultation spécialisée	2	CTEL	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LONGCHAMP Rajaa TAZI BENLAMLIH Rue Toulouse C.I.L - Casa Tél : 05 22 36 47 51	17/03/22	88,10
	17/03/22	191,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

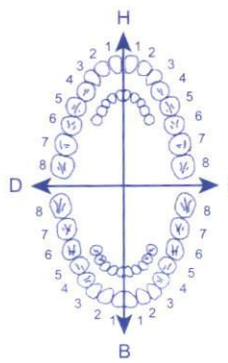
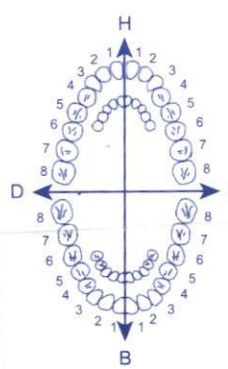
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
STYLE VISION Opticien Optométriste 144, Bd Bourgois Quartier Tél: 05 22 36 47 51	17/03/22		optique			3300

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

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																																
	<table><tr><td colspan="2">H</td><td colspan="2">H</td></tr><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>D</td><td></td><td></td><td>G</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><tr><td colspan="2">B</td><td colspan="2"></td></tr></table>				H		H		25533412	21433552			00000000	00000000			D			G	00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																														
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D			G																													
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	B																																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme ELMELLA KH Soumeiya

15000
HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

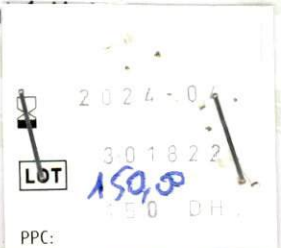
4000
GEL LARMES

1 application le soir, dans l'œil droit, pendant

19000
PHARMACIE LONGCHAM
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L - Casa
Tél. : 05 22 36 47 51

INPE : 092040187

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6
Tél. 0522 86 05 57 / 05 58 Casablanca



Casablanca , le **17/03/2022**



الدكتور محمد علي بنعبد الرازيق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

MME ELMELLAKH SOUMEYA

1/ PHYLARM

1 lavage 1 fois / jour pendant 7 JOURS

2/ MAXIDROL COLLYRE :

1 gtte x 1 / j x 7 j

3/ INDOCOLLYRE

1 GTTE X 3/ J X 7 JOURS

INDOCOLLYRE 0.1% LOT/ عيار H7518
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج 08-2021
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 11-2022
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58.00 DHS

PHARMACIE LONGCHAM
Rajaa TAZI BENLAMLIH
Rue Toulouse C.I.L. - Casa
Tél. : 05 22 35 47 51

INPE : 092040187

Casablanca , le

17/3/22



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme ELMELLA KH Soumeya

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 0.25 (- 0.75 à 150°)

OG = - 1.75

الدكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
76, Avenue 2 Mars Residence WALILI Imm. A N°6
Tél : 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca

STYLEVISION
Opticien Optométrie
144, Bd Bourgogne Quartier
Casablanca

Casablanca, le **17/03/2022**

STYLE VISION

Facture

Numéro : 7292

Date : 29/03/22

Client : EL AELLAKH SOUNEYA

STYLE VISION – Casablanca

Catégorie	désignation	Qte	Prix unitaire	Total
VERRES	organique Antireflet	2	900	1800
Monture Optique	plastique	1	1000	1000
Correction	OD : -0.25 (-0.75, 1.00) OG : -1.75 ADD :			
			TOTAL	3300,-

Arrêtée la présente facture a la somme de :

Trois mille trois cent dhs

STYLE VISION
Opticien - Autométrie
144, Bd Bourgoane Quartier
Bourgoane Casa
Tél: 05 22 20 30 94

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017

IF : 14369852.CNSS : 4259570.INPE : 095014692

144 Boulevard Bourgoane. Quartier Bourgoane. Casablanca. Telephone: 05.22.20.30.94

E-mail: stylevision00@gmail.com.