

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0034926

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : ELOFIR OMAR ABDOLAH  
 Date de naissance : 28/10/53  
 Adresse : Résidence Nadir B8 rue BACH'IC LAMAJ CASABLANCA  
 Tél. : 0661067722 Total des frais engagés : 3500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHALLAL OUBALAH  
 OPHTALMOLOGISTE  
 8, Rue Assad Bnou Zarrad  
 Place du Marjif  
 Tél : 99.20.46/47 Fax : 99.20.48  
 CASABLANCA

Date de consultation : 25/05/2022  
 Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> ELOFIR LAMIA Age: 61  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection Oculaire  
 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 : 10/06/2022  
 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
25.05.2022		02	300,00 =	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
CENTRE OPTICODONTOMETRISTE S. ARIAU BOUCHARET BRIGITTE 69, Bd de Paris - Capet Blanca BOUCHARET BRIGITTE INPE 095005740	01/06/2022	43200,14

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

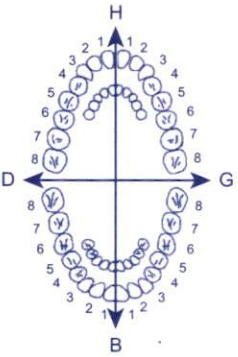
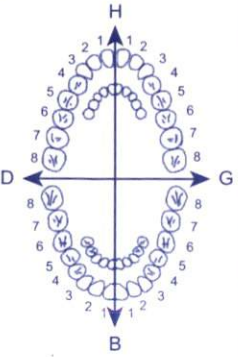
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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'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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Centre Optic Optometriste

ICE 001530868000010

69, Bd de Paris  
20100 Casablanca  
Tél: 0522222210  
Fax: 0522261850

FINESS : INPE 095005740

FACTURE COMPL. N° : F22/1472

Date : 01/06/2022

N°PEC :

## BENEFICIAIRE

Nom et prénom : ELOFIR LAMIA

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

## Prescrit par :

Docteur :

Finess :

En date du :

BOUCHAREB BRIGITTE  
CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L AU  
69, Bd de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

## Corrections :

VL D. Sph: +3.00 Add: +2.75

VL G. Sph: +2.50 Add: +2.75

VP D. Sph: +5.75

VP G. Sph: +5.25

Libellé	Prix facturé	Code LPP	Base	Rembt. 60%	Compl.	Assuré
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1250.000	2290396	7.320	4.390		1250.000
Verre SELON PRESCRIPTION MEDICALE	1250.000	2290396	7.320	4.390		1250.000
Monture MONTURE	700.000	2223342	2.840	1.700		700.000
TVA (0%) (Dh)	399.160					
TOTAL TTC (Dh)	3200.000		17.480	10.480		3200.000
NET A PAYER par l'assuré (Dh)	3200.000					

Mentions légales

BOUCHAREB BRIGITTE  
INPE  
095005740

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L AU  
BOUCHAREB BRIGITTE  
69, Bd de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

Facture acquittée



# Docteur GHALLAB G.

Spécialiste de la faculté de médecine de Paris  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
Angiographie - Laser - Echographie  
Chirurgie de la cataracte  
Chirurgie de la Myopie

8, Rue Assad Bnou Zarrara Place du Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22.99.20.46 / 47



# الدكتورة غزلان غلاب

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
خريجة جامعة باريس

8، زنقة أسد بن زرارة ساحة المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22.99.20.46 / 47

Casablanca le 25/5/22 ..... في الدار البيضاء

Madame  
ELOFIR Lamia

Dr. GHALLAB GHISLAINE  
OPHTHALMOLOGISTE  
8, Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22.99.20.46 / 47  
Fax : 99.20.48  
C.A.S.A.R.L. I.N.C.A

Une paire de LUNETTE :

PROGRESSIFS

Oeil Droit : + 3,00 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : + 2,50 , Addition + 2,75

+ monture

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L AU  
BOUCHAREB BRIGITTE  
69, Bd. de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

CENTRE OPTIC OPTOMETRISTE  
S.A.R.L AU  
BOUCHAREB BRIGITTE  
69, Bd. de Paris - Casablanca  
Tél : 05 22 22 22 10

Dr. GHALLAB GHISLAINE  
OPHTHALMOLOGISTE  
8, Rue Assad Bnou Zarrara  
Place du Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22.99.20.46 / 47  
Fax : 99.20.48  
C.A.S.A.R.L. I.N.C.A