

## 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



MUPRAS  
RECEPTION 9

119816

**Déclaration de Maladie : N° P19-0021725**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01476 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve Mouloudi Med  
Nom & Prénom : Ben Charki Rachida Date de naissance : 01.01.1958  
Adresse : 2A Bd ouled Hichem de l'air Nouasseur  
Tél. : 0668 12 67 31 Total des frais engagés : 2547 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 / 05 / 2022

Nom et prénom du malade : BEN CHARKI Rachida Age :

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

Nature de la maladie : Amétropie

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 : NOUASSEUR

Le : 09 / 06 / 2022

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
25-05-2022		C 3	300.00	 Dr. LAQUINTA Professionnel de Santé 476 Boulevard Abdelkader Résidence Koutoubia Casablanca - Telfax: 05 22 99 46 00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	<p>25</p> <p>05</p> <p>22</p>	<p>147,00</p>

[illegible]

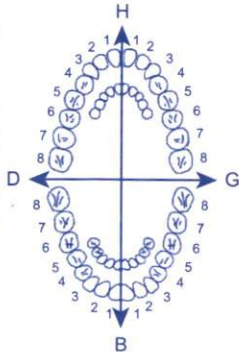
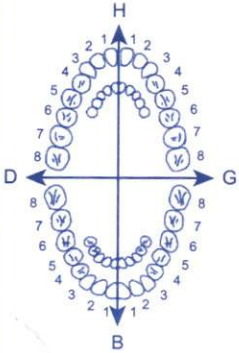
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	06/06/22					2100 F

# 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			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																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	DATE DU DEVIS
	<input style="width: 90%;" type="text"/>
	DATE DE L'EXECUTION
	<input style="width: 90%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spaciales

# الأستاذة لعويصي . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)  
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le : 25-5-22

BENCHARKI Rachid

**OPTIDINE**  
KARIM EDDINE ADIL  
Opticien - Optométriste  
5, Lotissement Hassani II - B. rechid  
Tél. 022 53 32 61 - Fax. 022 32 77 77

Luella professeur  
prevenue  
VL / OD (65 - 0.50) + 2.50  
OG (100° - 0.75) + 3

147°  
theolose  
18h x 3/3  
UP / ODG 2.75



**Dr. LAOUISSI Nadia**  
Professeur en Ophtalmologie  
Sis à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél : 05 22 99 46 00



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/OMP/20/DIM  
PPC : 14700 DH

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1<sup>ère</sup> Etage

Tél. : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

5, Lot Essafi Bd. Hassan II  
Berrechid  
Tél. : 05 22 53 32 61

BERRECHID LE : 06/06/2022

Client	BENCHARKI RACHIDA
--------	-------------------

**FACTURE N°681/2022**

QTE	Description	PU (TTC)	Montant (TTC)
1	MONTURE OPTIQUE	500,00	500,00
2	VERRES PROGRESSIFS INCASSABLES BLANCS+ANTI REFLET	800,00	1 600,00
			<b>2 100,00</b>

INPE 065002248

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **DEUX MILLE CENT DIRHAMS**

