

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 315 ..... Société : ..... QM ..... 120100

Actif  Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : ..... Altman RANTZEN ..... 120100

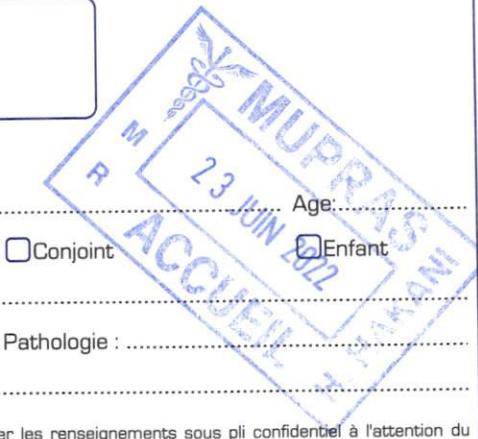
Date de naissance : .....

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 : .....

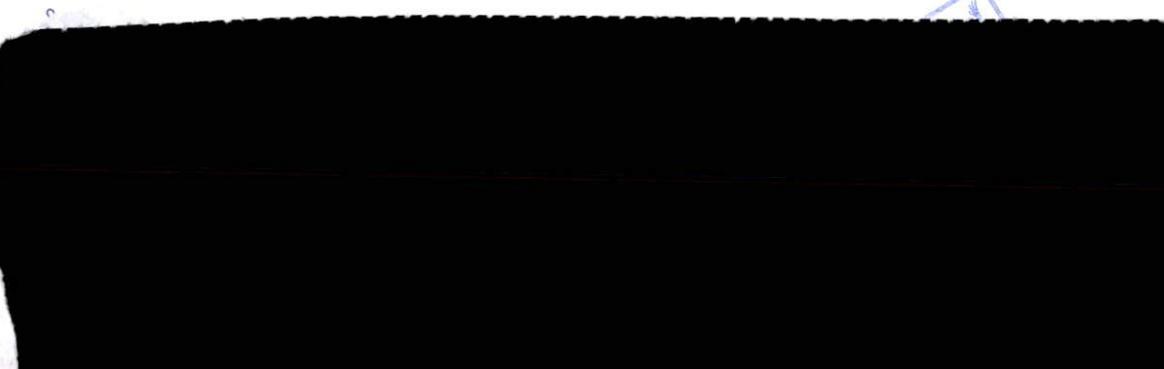
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : 

# 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.

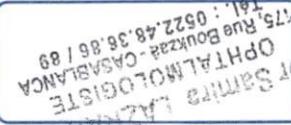
## Adresses Mails utiles

- 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>0255</b>	Société : <b>RAN</b>	<input type="checkbox"/> A
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>Alimel KANKOUNI</b>		
Date de naissance : <b>01/01/1943</b>		
Adresse : <b>Reps 3 Villa 21 Val J'auca Quaplaoura - Carabala</b>		
Tél. : <b>0661175199</b>	Total des frais engagés : <b>4750 DH</b>	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>05/05/2022</b>
Nom et prénom du malade :	<b>LETAISON ALYRIEN EP KANKOUNI</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Rophtoites</b>
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'at-médecin conseil de la Mutuelle.	

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Carabala** Le : **05/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) : 

# RELEVE 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.
05/05/2022	1		2500H	INP : 0919345 DR SANTÉ - DRPHARMATLILLE DRPHARMATLILLE DRPHARMATLILLE

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIC KHALFI Opticien Optométriste Agrée Coopérative Echabab 1er N° 112 - DERQUA	05.05.2022	45070

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

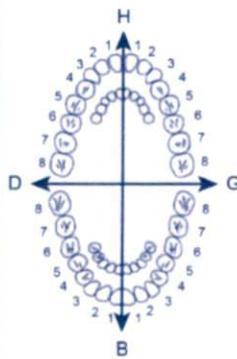
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

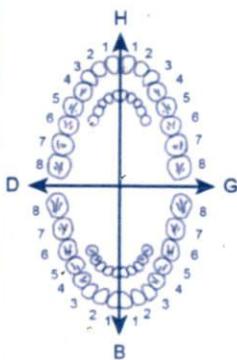
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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'EXE

# Optic Khalfi

Opticien Optometriste

N° 3032

Date : 05.05.99

Nom : Letacon Mysem Ep Ahmed Kakkouni  
Docteur : BERADA.

N° de Facture:

		Prix
VL	OD : 100 - 0,7X) + 2,50 OG : 70 - 0,7X) + 2,50	
VP	OD : OG : 100 + 2,50	
Verres	Progressif AC	3000,-
Monture	OPTIPUR	1500,-
	Total :	4500,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre M.F.  
Ciel bleu



Cachet et Signature :

OPTIC KHALFI  
Opticien Optometriste Agrée  
Fédérative Echabab 1er

113 Lotsissements echabab 1<sup>re</sup> tranche DEROUA 3 - DEROUA

Patente N° 55802232 / RC: 21012 / IF: 20712014 / ICE: 001844556000086

**Docteur Samira LAZRAK BERRADA**

Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des yeux  
Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Montpellier  
Strabisme - Laser - Angiographie  
Membre Titulaire  
de la Société Française d'Ophtalmologie  
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie  
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميحة الأزرق براكة

العيون و جراحة العين وأمراض العين

خريجة كلية الطب بمنوبة

#### حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئاسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى، ساقية

P10 sur le  
Casablanca, le 08/10/2022  
Bar Bévin Tyne

LHNCL

$$\begin{aligned} & \text{ES} + 2150 \left( -0.75 \quad 100^\circ \right) \\ & \text{ES} + 2150 \left( -0.75 \quad 70^\circ \right) \\ & \Sigma \text{VP} \end{aligned}$$

LH VP

⑥ G + 2,50.

OPIC KHALFI  
Opticien Optométriste Agrée  
LICENCE Echabab 1er  
N° 1.3 - DEROUA

**Dr. Samira LAZRAK B.  
OPHTALMOLOGISTE  
175, Rue Boukraâ - Casablanca  
Tél : 0522 48 36 82 / 0522 48 36 83**

175- إقامة حسام جامع الطابق الثاني- شقة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 36 86 - الفاكس: 05 22 48 36 89

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2<sup>ème</sup> Etage  
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89  
E-mail : dr.houssam.jassim@gmail.com