

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- N° 000951

121512

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK
 Date de naissance : 1/6/53
 Adresse : 18, Rue caïd Ahmed Oua
 Tél. : 0661253157 Total des frais engagés : 4000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
 OPHTALMOLOGISTE
 96, Avenue 2 Mars Résidence Walm Imm A N°6
 Tél 0522 86 05 57/0522 86 05 58 Casablanca
 Date de consultation : 20/04/2022
 Nom et prénom du malade : M. CHRAÏBI ANWAT Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALGÈRE
 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.

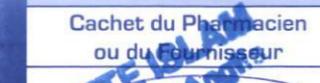
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 4/4/22
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
20-04-2022	Consultation Spéc. Ocul.	(2)	3000	 BENABDERRAZIK Mohamed AL MOLOGISTE Avenue 2 Mars Résidence Valiti Imm. 4 0522 86 05 57 0522 86 05 58

20-04-2022	Amnighi SpHalm	(2)	30058	BENABDERRAZZIK Mohamed Ali OPHTHALMOLOGISTE Avenue 2 Mars Residence Valiti Imm A 0522 86 05 57 0522 86 05 58
------------	-------------------	-----	-------	---

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14.05.22	3700,00 dhs

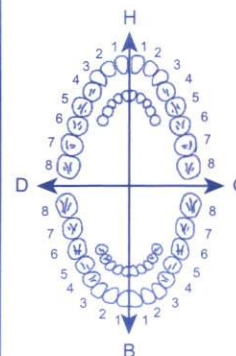
14-05-22 3700,00 chis

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

--	--	--	--

[illegible][illegible]

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 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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H										
	25533412	21433552									
	00000000	00000000									
	B										
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION							

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div>		<input type="text"/>	
		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>		<input type="text"/>	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS	
				<input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION	
				<input type="text"/>	

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

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 CHRAIBI AWATEF

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = - 0.25 (- 0.50 à 95°)

OG = - 1.25 (- 1.50 à 170°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.00

دكتور محمد علي بنعبد الرازق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
96 Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A 1^{er} étage
0522 86 05 57 / 0522 86 05 58

LUNETTE ISLAM
184, Rue des Anglais
Casablanca

Casablanca , le 20/04/2022



نظارات إسلام Lunette Islam

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa : 264242 - Patente : 30011275

ICE: 001910675000047

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture N° 003495

CASABLANCA, le 14-05-2022

M Chreih Awaraf Doit

Nature des Verres	Vision de loin	Vision de Près	Doubles Foyers	Varilux
V.L. Iman Ar	OD 1.07	OD 1.01	OD //	OD //
V.P. Iman Ar	OG 1.07	OG 1.01	OG //	OG //
Beves				
Monture	Métal	Plastique		1500,00
V.L. : - OD - 0.25 (-0.50 à 95°)				600,00
- OG - 1.20 (-1.50 à 170°)				600,00
V.P. : - OD + 1.70 (-0.50 à 95°)				600,00
- OG + 0.70 (-1.50 à 170°)				600,00
ADD /				
TOTAL				3700,00

LUNETTE ISLAM
184, Rue des Anglais
Casablanca

Arrêtée la presente facture à la somme de

Sept Cent - Dirhams

Trois Mille