

## 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

N° W21-666482

12522W

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3119 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL ALAOUI RACHID

Date de naissance : 11/01/57

Adresse :

Tél. : 06 69 08 86 36 Total des frais engagés : 8363 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/05/2022

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI Rachid

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Trouble récurrent de l'humeur

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 : 10/05/2022

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
10/05/2019	CS	CT	3050	INP : 01311657720 <b>Dr. EL ALAOUI Saïda</b> Ophtalmologiste 207, Bd. Zerkouni - Casablanca Tél : 05 22 93 91 66

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/5/22	66,20.

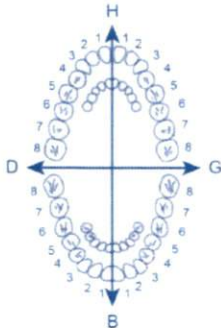
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

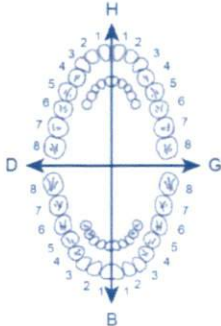
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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	INP : <input type="text"/>		
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<div style="text-align: center;"> H  <table border="1"> <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></td> <td>B</td> </tr> </table> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	D	G												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
		B												
	<div style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>													
			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P.et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

Casablanca, le mardi 10 mai 2022

Monsieur EL ALAOUI Rachid

MONTURE + VERRES :

PROGRESSIFS TRANSITIONS

Oeil Droit :  $(90^\circ - 1,00) + 1,50$  , Addition + 2,25

Oeil Gauche : + 1,25 , Addition + 2,25

**OCULUS OPTIQUE**  
26, Rue Mam Ailoussi  
Bourghel Casablanca

**Dr. EL ALAOUI Saïda**  
**Ophtalmologiste**  
207, Boulevard ZERKTOUNI  
Tél.: 05 22 94 91 66 - CASA



26, rue Imam Alloussi Bourgogne  
(à côté de la clinique Badr)  
Casablanca - Maroc

Tél.: +212 (0) 522 22 94 46  
Fax: +212 (0) 522 47 64 89  
e-mail: oculus@live.fr

Patente: 35601340  
R.C.: 281816  
T.V.A.: 827679  
C.N.S.S.: 6011184

oculus  
optique

Date: 03/08/2022  
Nom du client: EL ALAOUI RACHID  
N° facture: 0159/22

*Handwritten signature*  
OCULUS OPTIQUE  
26, Rue Imam Alloussi  
Bourgogne - Casablanca

Quantité:	Designations:	Prix:
1	MONTURE OPTIQUE	1500DH
2	VERRES OPTIQUES	6500DH
	ORGANIQUES PROGRESSIFS NIKON	
	INPE 095001707	
	ICE 000830889000060	
	Total:	8000 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de: **HUIT MILLE DHS TTC.**