

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

- 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° P19- 051241

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07565 Société : R.A.T. 127216

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABLOULHADI Souad Veuve MAALANI Mustapha

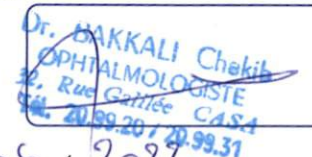
Date de naissance : 21/11/1965

Adresse : 47 Rue Jaafar Ibn Alia Rue Elhamd Elz L Apt 3 Bougagne

Tél. : 06 68 96 5192 Total des frais engagés : 2950 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/06/2022

Nom et prénom du malade : ABLOULHADI SOUAD Age :

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

Nature de la maladie : Intime

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.

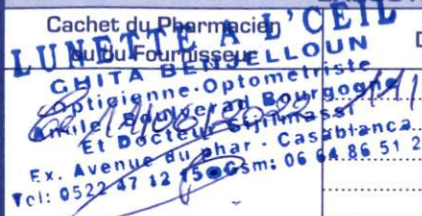
Fait à : Casablanca Le : 26/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02/02/2022	9		2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	11/06/2022	27000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

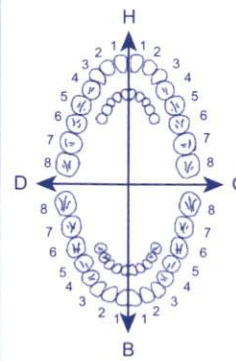
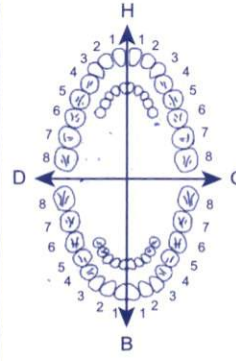
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Chakib BAKKALI

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé des Universités de Paris
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

32, Rue Taha Houcine (Ex. Galilée) - Gauthier

20 060 Casablanca

Tél. : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Fax : 05 22 47 13 75

E-mail : bakkalichakib2@gmail.com

الدكتور شاكيب بقالبي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

عضو في الجامعة الفرنسية لأمراض العيون

32. زنقة طه حسين (ثكيلي سابقاً) - كوتني

20060 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 99 20 / 05 22 47 13 75

الفاكس : 05 22 47 13 75

Casablanca, le **02 Juin 2022** في الدار البيضاء،

Mme ABOULHADI Souad

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 4.00

OG = + 3.00

LUNETTE A L'CEIL
GHITA BENJELLOUN
Opticienne-Optométriste
Angle, Boulevard Bourgogne
Et Docteur Sijilmassi
Ex. Avenue du phar - Casablanca
Tel: 0522 47 12 15 • Gsm: 06 64 86 51 20

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

Dr. BAKKALI Chakib
OPHTALMOLOGISTE
32, Rue Galilée, CAS4
Tél. 20 99 20 / 05 22 47 13 75

Lunette à l'oeil



Angle Boulevard Bourgoigne et
Avenue du Docteur Sijilmassi
(Ex. Avenue du Phare)
GSM: 06 64 86 51 20
Tél.: 05 22 47 12 15

Casablanca, le : 11/06/2022

Client : Mme Abou Chadi Saoud

Facture 0000100

Désignation	Quantité	P.U. T.T.C	Total T.T.C
Monture Optique V.L	1	500	500
Verses Organiques Amines 1,67	2	450	900
Anti Reflets (V.L)			
OD: + 4,00			
OG: + 3,00			
Monture Optique V.P	1	400	400
Verses Organiques 1,67 A. Reflets	2	450	900
OD: + 6,50			
OG: + 5,50			
Arrêtée la présente Facture à la somme de :		Montant Total T.T.C	2700 dh
Deux mille sept cent cinquante dinars			

LUNETTE A L'OEIL
CHITA BENJELLOUN
Opticienne Optométriste
Angle, Boulevard Bourgoigne
Et Docteur Sijilmassi
Ex. Avenue du phar - Casablanca
Tél: 0522 47 12 15 GSM: 06 64 86 51 20

R.C : 296755 - IF : 14486032 - Patente N°: 35651113 ICE : 001409421000091