

## 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

- Reclamation : 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° W21-686220

128150

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1062 Société :

☐ Actif ☐ Pensienné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mohamed HATLA

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : B.P. 5 N°16 CD Casablanca

Tél. : 06 19 65 16 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22-08-2022

Nom et prénom du malade : Souk Rati MALIMA Age :

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

Nature de la maladie : Baisse de vision

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) :

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
22.08.22		5	250.00	INP: 119M610272
22.08.22				

Docteur IHSANE EL HADJ EL AGUE  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
312 Av. Driss EL HADJ EL AGUE  
Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MAGRAB OPTICAL ORDONNANCE 38, AV. EL HADJ EL AGUE Tel: 055007605 INPE: 055007605	20.08.22	1000,00 DH

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	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 <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**Docteur Ihsane IKLAFEN**

Spécialiste en chirurgie et  
Maladies des yeux

Ex Médecin des Hôpitaux Tunisiens

Ancienne interne des Hôpitaux de Paris (France)

Chirurgie de la cataracte par phaco - emulsification  
Angiographie - laser - contactologie

**الدكتورة إحسان إكلاف**

إختصاصية في أمراض وجراحة  
العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تونس

طبيبة سابقة بمستشفيات - باريس - فرنسا

جراحة الجلالة - تصوير أوعية العين - أشعة ليزر  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le 22.08.2022

الدار البيضاء :

Soukrati H Alma

Description de l'acte

la<sup>^</sup>  
— OD<sup>t</sup> + 1

OG<sup>s</sup> + 1

pres

OD<sup>t</sup> Aliton + 2,25

OG<sup>s</sup> Aliton + 2,25

vers progressifs  
autoreflex

**MAGRABI OPTICAL**  
NABIL ACHLOUJ  
Opticien  
106 Av 6 Novembre CD.CASA  
Tél : 0522 59 91 19  
INPE: 095007605

Docteur IHSANE IKLAFEN  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
912 Av Driss El Harti Etage 1  
Casablanca

912, شارع إدريس الحارثي، الطابق 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 59 86 83

912 Av, Driss El Harti ETG 1 - Casablanca - Tél.: 0 5 22 59 86 83

GSM : 06 52 78 48 90 - INPE : 101162527



OPTICIENNE OPTOMETRISTE

DIPLOMÉE DE L'INSTITUT SUPÉRIEUR MAGHREBIN

D'OPTOMETRIE ET D'OPTIQUE DE CONTACT (I.S.M.O.O)

Facture N° 000653

Date : 30.08.2022

RG: 40 45 52  
 NP: 33 80 52 50  
 IF: 14 3 69 840  
 ICE: 00 199 429 1000007

Mr : SOUKRATI HALIMA

Ordonance de Mr le Docteur : IHSANE IKLAFEN

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O.D..... O.G.....	O.D..... O.G.....	O.D..... O.G.....
	Loin	Prés	D.F
<b>Fourniture :</b>			
Montures	PLASTIQUE		400,00
Verres	progressifs organiques Anti-reflet		
	Adol. + 1,00		600,00
	Adol. + 2,25		
<b>TOTAL :</b>			1000,00

Arêtée le présente Facture à la Somme de : 1000,00 \$ DM

Nabila Achlouj

**MAGRABI OPTICAL**  
 NABILA ACHLOUJ  
 OPTICIENNE DIPLOMÉE  
 108, AV 6 NOVEMBRE CITÉ DJAMAÂ CASABLANCA  
 Tél : 0522 59 91 19  
 INPE: 095007605