

## 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.

**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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-702733

128203

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2257 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUA EHOUB SALAH

Date de naissance : 04/09/54

Adresse : 23 immeuble n° 8 la perle 1

Tél. : 0661 61583 NOUA EHOUB

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL BAKORI Malika

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

Nature de la maladie : R. no matie de l'oeil - K

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : tachy w... r... r...


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 : 17/08/2022


Signature de l'adhérent(e) :

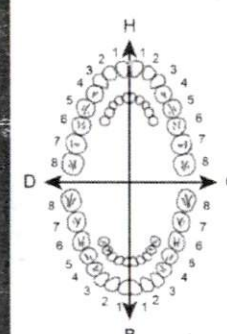
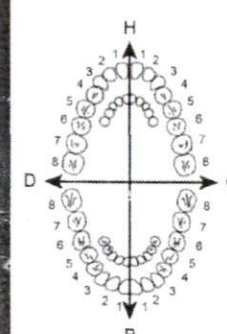


| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes   |
| 17/08/2022                     | Cus optu          |                       | 250,00                          | INP : 0911212114<br> |
|                                | 75 pac hy mes     |                       | 100,00                          |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  | 17.08.22 | 54,10                 |

| 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 |                                 |
|  | 26/8/22        |        |    |    |    | 400,00                          |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|--|---|------------------|-------------|--|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                           |   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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<br><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)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             |  |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             | 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

# Dr . Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hopital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca ( ex Sofi )

Tel : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



## الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكية العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء ( الصوفي سابقا )

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84

Casablanca, le : 17/08/2023 في: الدار البيضاء,

EL BAKORI

Matika,

Laima Sak



Shilo r Souk a fela  
pcl 2 mg



8. شارع خريبكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2<sup>me</sup> étage - N° 11 Code Postal 20110 - Casablanca



نظارات اسلام  
LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

Facture

0001264 Casablanca, le 20/8/2022

M. EL BAKORI Malika Doit

| Nature des Verres           | Vision de loin | Vision de Prés | Doubles foyers | Varilux        |
|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| classe 2<br>0.75/1.25<br>75 | OD<br>OG       | OD<br>OG       | OD<br>OG       | OD 43<br>OG 43 |
| Monture                     | Métal          | Plastique      |                | 1200           |
| V.L. : - OD                 |                |                |                | 1400           |
| - OG                        |                |                |                | 1400           |
| V.P. : - OD                 |                |                |                |                |
| - OG                        |                |                |                |                |
| ADD./                       |                |                |                |                |
| TOTAL                       |                |                |                | 4000           |

Arrêtée la présente facture à la somme de

9000



# Dr . Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hopital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca ( ex Sofi )

Tel : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



## الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء ( الصوفي سابقا )

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84

Casablanca, le : 17/08/2022 في : الدار البيضاء

EL BAKRAF - Matibba

Lunette a'v. Seignus organique  
autoreflets

de loin 00 - (175° - 1) - 0,75  
06 = (10° - 1) - 0,50

de pres 010 = (175° - 1) + 1,50  
06 = (10° - 1) + 1,75

LUNETTE ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

8. شارع حريكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2<sup>ème</sup> étage - N° 11 Code Postal 20110 - Casablanca

# Dr . Saadi Rokia

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabisme - Lentilles de contact

Laser - Angiographie . O.C.T

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancienne Ophtalmologiste

à l'Hopital des Spécialités - Rabat

Ex Chef de service d'Ophtalmologie à l'Hôpital

Moulay Youssef de Casablanca ( ex Sofi )

Tel : 05 22 44 04 09 - Fax : 05 22 44 45 84



## الدكتورة رقية السعدي

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

حول العين

أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

خريجة كلية الطب بتولوز

طبيبة بمستشفى الإختصاصات بالرباط سابقا

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى مولاي يوسف

بالدار البيضاء ( الصوفي سابقا )

الهاتف : 05 22 44 04 09 - الفاكس : 05 22 44 45 84

Casablanca, le : 17/08/2022 الدار البيضاء, في

EL BAKORI

Ma tila,

l'acti cote a k10 Carzjousc

a la pachymet - cor + TO

soit k10 = 100 Alt

DR Saadi Rokia  
Ophtalmologiste  
Maladie et Chirurgie des Yeux  
8 Boulevard Khouribga place de la Victoire  
2eme étage N°11 Tél: 05 22 44 04 09 - Casablanca

8. شارع خريبكة - ساحة النصر - الطابق الثاني - رقم 11 - الرمز البريدي 20110 - الدار البيضاء

8, Bd Khouribga - Place de la Victoire 2<sup>ème</sup> étage - N° 11 Code Postal 20110 - Casablanca