

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-488597

129872

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : **06436**

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**EDDAHIR**

**ABDERRAZZAQ**

Date de naissance :

**04/02/67**

Adresse :

**CASABLANCA, HAY GENEVIEVE RUE 2**

N°2 RTE D'EL JADIDA

Tél. : **0661174632**

Total des frais engagés :

**23000**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**EDDAHIR ABDERRAZZAQ**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Appentis abdominal**

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **15/09/2022**

### RELEVE 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
10/08/2011	C	24	300	INP : 01108189
				235, Bd Yacoub El MANSOUR - Casablanca OPTICAL KHAMIS

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EXTRA U. MME NADA LEBE 115 BD GHANDI CASABLANCA INP: 095011003	22/08/2011	J	J	J	J	300

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				INP : [ ]
				Coefficient DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H**

25533412	21433562
00000000	00000000

**D**

00000000	00000000
35533411	11433553

**G**

**B**

[Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le :

21/01/22

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في :

A2 EDDA HIR

ABDELLAH ZAK

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

( - 2,00 95 )

OEIL GAUCHE

( - 1,00 85 )

ADDITION VISION DE PRES

**EXTRA OPTIC**  
MME NADIA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INR: 095011003

Al Anfal, Bdg N°2 - Casablanca  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rd.  
OPHTALMOLOGISTE  
Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN  
Tél: 05 22 95 12 89

## Facture



**Facture N° :**  
1483  
**Date :**  
2022-08-22  
**Client :**  
EDDAHIR  
ABDERRAZAK

**SOCIETE EXTRA  
OPTIC**  
115, Bd Ghandi  
Tel: 0522 233348 / 0680797471

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	0	-2.50	95	
VLG	0	-1.50	85	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	NIKON ORG 1.5 SC BLUE	1	700.00	700.00
2	NIKON ORG 1.5 SC BLUE	1	700.00	700.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	600.00	600.00
TVA		20%	Total TVA	333.33
Total HT		1666.67	Net à payer	2000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

deux mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

SOCIETE EXTRA OPTIC – 115, Bd Ghandi – 0522 233348 / 0680797471 – extraoptic@pubwebo.com  
IF: 15298485 - ICE: 000305908000034 - RC:338153 - TP:35875135- INPE:095011003

EXTRA OPTIC  
MME NADA LEBBAR  
115 BD GHANDI CASABLANCA  
INPE: 095011003