

## 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-729487

13 0037

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12608 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SLIMANI Amine

Date de naissance : 08/09/87

Adresse : Rue El Basra N°48 apt 3 B1 Abdelnaumen

Tél. : 06 60 70 59 12 Total des frais engagés : 3824,60 Dhs

Autorisation CNPP N° A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Med. HAMDANI  
OPHTALMOLOGISTE  
24 Rue Imame Aloussi-Bourgoigne  
Tél. : 0522 27 67 40/61 (L.S)  
Casablanca  
INPE: 091071886

Date de consultation : 19 SEP 2022

Signature du médecin : H. HAKANI

Nom et prénom du malade : SLIMANI Amine Age : 34

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : / /

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
01/09/20	S + F	3	09	<p>INPE: 091071886</p> <p>Pr. Méd. H. AMMARI</p> <p>OPHTHALMOLOGISTE</p> <p>24, Rue Imrane Alloussi-Bourgeois</p> <p>Tél. 0522 27 67 46/51 (L.G.)</p> <p>Casablanca</p> <p>INPE: 091071886</p>

**Pr. Med. HANOUANE**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
24, Rue Imame Alloussi-Bourgogne  
Tél. 0522 27 67 46/51 (L.G)  
Casablanca  
**INPE 091071886**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE WATO</b> 3, Rue Habacha Hay Ould Sidi Baba hellaf - Casablanca	01/09/2022	224.60

**PHARMACIE WATO**  
 13, Rue Habacha  
 (Bd Day Ould Sidi Baba)  
 Derb Chellaf - Casablanca  
 Tel. 0522 25 19 07

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cache et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/09/2022					330012

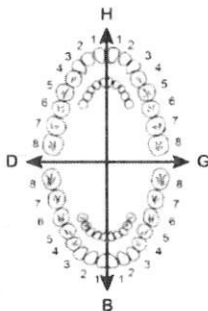
UNETTE ISLAM  
Rue des Anglais  
Casablanca

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

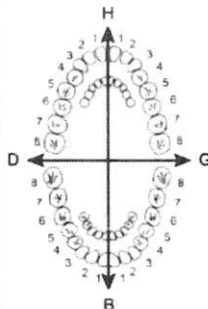
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>		
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		R		

**[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 Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

SIMANI

22/1/9/22  
الدار البيضاء في

Amine

28.60

ChinoCatin

18.

3/5/55

98, 20 x 2

2/1/105 D

PHARMACIE WATO  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Out Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 16 07

Nailipo.

3/5

à renouveler

224.60

Hygiène de paupiers +++.

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (المامة) - بورجون (الدار البيضاء)

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr







# Docteur Mohammed HAMDANI

# الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca  
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le : .....

الدار البيضاء في : .....

SCIMANI

Amine

Lunette pour VL

V. photochromiques  
(anti UV).

anti reflex

$\alpha) = (-160, -0,25)$

$\beta) = +0,75$

LUNETTE ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

Dr. HAMDANI  
OPHTALMOLOGISTE  
24, Rue Imame Alloussi-Bourgogne  
Casablanca  
Tél.: 05 22 27 46 51 (L.G.)  
INPE: 091071886

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بوركون. الدار البيضاء.

الهاتف : 51 / 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca  
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G.) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr





نظارات إسلام

LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA

Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE: 002212845000044

IF : 30011276 - INP : 33610708

**Facture** 0017449

Casablanca, le

01.03.2022

M SLIMANI ANINE Doit

Nature des Verres	Vision de Loin	Vision de Prés	Doubles foyers	Varilux
<u>OP</u> <u>100</u>	OD <u>4.00</u> OG <u>4.00</u>	OD <u>✓</u> OG <u>✓</u>	OD <u>✓</u> OG <u>✓</u>	OD <u>✓</u> OG <u>✓</u>
Monture	Métal	Plastique	<u>1</u>	<u>15001</u>
V.L. :-OD <u>(160-0.25) 0.25</u>	<u>0.15</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>9001</u> <u>9001</u>
-OG				
V.P. :-OD				
-OG				
ADD/				
TOTAL				<u>33001</u>

**LUNETTES ISLAM**  
184, Rue des Anglais  
Casablanca

Arrêtée la présente facture à la somme de

trois mille trois cents