

## 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

- 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0042741

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6862 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FAIK KHALID  
Date de naissance : 02.06.1965  
Adresse : HAO, tuelle  
Tél. : 0664775451 Total des frais engagés : 200 + 1350 dh Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>KENZA</u>	Mle
DECLARATION N°	W18-340729	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-340729

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>6862</u>
Nom & Prénom <u>FAIK KHALID</u>		
Fonction : <u>MEDICIN</u>	Phones : <u>0664775657</u>	
Mail : <u>KFAIK@ROYALAIRMAROC.COM</u>		
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>KENZA</u>
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age <u>11</u>	Date <u>11.01.11</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>ophtalmologie oculaire</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>3</u>		<u>200M</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date <u>25.10.2011</u>
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		<u>1910.00</u>

**Dr. Mohamed ASRAOUI**  
 SPECIALISTE DES MALADIES  
 et CHIRURGIE DES YEUX  
 Tél.: 05 22 27 44 88  
 05 22 49 12 91  
 Hassan II - Casablanca

**CHEND Abdelkettah**  
 Opticien Optométriste  
 170 Rue 15 Sidi Maarouf 3  
 20 Nouadhibou Casablanca

Docteur **ASRARGUIS Mohamed.**

Ophthalmologue

Diplômé des Universités de Paris

Ancien Résident du C.N.O  
des Quinze - Vingt

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Chirurgie Vitreo-rétinienne

Chirurgie de la Cataracte par phaco émulsification  
Strabologie - Angiographie - Laser - Contactologie

Expert assermenté près des tribunaux

Ancien Médecin Chef des F.A.R



الدكتور **أسرار خيسر محمد**

إختصاصي في امراض وجراحة العيون

خريج جامعة باريس

جراحة وأمراض الشبكية

جراحة الجلالة بالفاكو

طب الحول - راديو الشبكية - أشعة الليزر - العدسات

طبيب معتمد لتسليم شواهد السيادة

خبير مخلف لدى المحاكم

01/10/2022

Enfant **FAIK Kenza**

DE LOIN Organiques INCASSABLES

Oeil Droit : -1,50

Oeil Gauche : -0,75 (-0,75) à 165°

LUNETTES ET MONTURES



19. شارع الحسن الثاني الدار البيضاء (مقابل وراقعة المدارس) - الهاتف 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88

19. Avenue Hassan II - 3ème étage - casablanca (face librairie des écoles - tél : 05 22 27 50 45 / 05 22 49 12 91 / 05 22 27 44 88

E-mail : m.asrarguis@hotmail.fr





Facture N° 0004304

Casablanca, le : 25.10.2022

Mr (e) : FAIK KENZA

N° de nomenclature: VL / VP

Docteur : ASPARGUIS MOHAMED

Monture : Plastique

970

Verres : ORMA Asphérique 6d

OD : -1.75

VL OG : 1.65 - 0.75 - 0.75

1000.00

OD :

VP OG :

Total : 1970

Arrêtée la présente facture à la somme du:

mille neuf cents cinquante DH

LHEND Abdelfettah  
Opticien - Optométriste  
170 - Rue 15 Sidi Maarouf 3,  
Aba Chouaib Doukkali Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maarouf 3 - Casablanca

RC : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020