

# 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.

M22- 0032207

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 918 Société : *138668*

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : BARKAK MUSTAPHA

Date de naissance : 1949

Adresse : Salmia 2 rue 2 immob 23 app 2 Casablanca

Tél. : 06 036 18 216 Total des frais engagés : 2250 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur IHSANE IKLAFEN  
Malades et Chirurgie des Yeux  
912 Av. Driss EL HARTI Etage 1  
Casablanca

Date de consultation : 13 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : BARKAK MUSTAPHA Age : 73 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Baisse de Vision

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 : 25 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
23.11	consultation	Σ	150.00	Docteur IHSANE MAMANI Maladies et Chirurgie des 812 Av. Driss EL HAJI El Fage Casablanca
22				

### 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

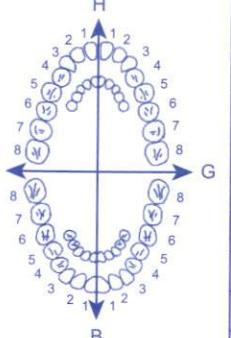
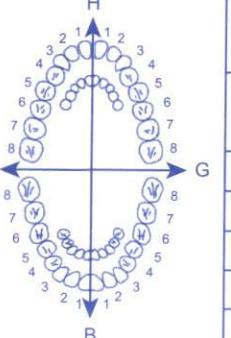
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	21					2000,-
	20					
	2022					

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
															
															
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G															
<b>Coefficient des Travaux</b> <input type="text"/>															
<b>Montants des Soins</b> <input type="text"/>															
<b>Date du devis</b> <input type="text"/>															
<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>															

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 إكلافت**

اختصاصية في أمراض وجراحة  
العيون

طبيبة سابقة بمستشفيات تونس

طبيبة سابقة بمستشفيات - باريس - فرنسا

جراحة الجلالة - تصوير أوعية العين - أشعة ليزر

العدسات اللاصقة

23.10.2022

Casablanca, le : الدار البيضاء :

BARKAK MUSTAFA

Prescription brevets

Po

OD: +5 (-1 à 35)

OS: +4,25 (-2 à 35)

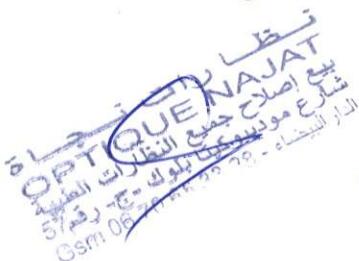
vers anti-reflex

PS:

OD: Addition +2,50

OS: Addition +2,50

OS:



Docteur IHSANE IKLAFEN  
Malades des Yeux  
912 Av. Driss El HARTI Béjaie 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

# OPTIQUE Najat

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J  
N° 57 - Casablanca  
Patente N° 36616612



# نظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات  
شارع موديبوكينا بلاوك (ج)  
رقم 57 - الدار البيضاء  
الباتنة : 36616612

## FACTURE N° 001162

M : BAKAK MUSTAPHA Casablanca, le 26/10/2022  
Doit

N° de Nomenclature :

Docteur : IHSANE IKLAFFEN

Monture : optique 800,-

Verres : Argenté Blau AR 100,-

VI : .....

OD : +5.00 (A 0 a 95)

OG : +1.25 (A 2 a 95)

VP : .....

OD : +2.50

OG : +2.50

Total : 2000,-

Arrêtée la Présente Facture à la somme de :

Dix Mille DHS

RC: 264852

CE: 001790060000088

IF: 50701272

نظارات نجاة  
OPTIQUE NAJAT  
بيع اصلاح جميع النظارات الطبية  
شارع موديبوكينا بلاوك (ج)  
الدار البيضاء - رقم 57 -  
Gsm 06.70.66.33.28