

# 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- 0016330

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1791

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI LATIFA

Date de naissance : 18/10/1954

Adresse : Imm 10 Apt 5 - HAG ELHANK

Tél. : 0680550118

Total des frais engagés : 351,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur CHELLY Chafik**  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70  
05 22 98 47 84  
INPE : 031040931

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAMRANI Latifa

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Oculaire DDC

En cas d'affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En 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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

26 / 12 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
26/12/2022	CS		3008	<b>Docteur CHELLY Chafik</b> <b>Ophtholmologiste</b> 82-Rue Soumaya (Imm. Fathma) Quartier des Palmiers - Casablanca Tél: 05 22 23 10 53 / 05 22 25 83 70 INPE: 001040931
2022				

PHARMACIE EL HANK

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

09/20/24017

Montant de la Facture

57.6

PHARMACIE EL HANK  
Dr. L. M. EL HANK  
Imm 36 Local 16 El Hank  
Tél: 05 22 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 0000 50

PHARMACIE EL HANK  
Dr. L. M. EL HANK  
Imm 36 Local 16 El Hank  
Tél: 05 22 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 0000 50

PHARMACIE EL HANK  
Dr. L. M. EL HANK  
Imm 36 Local 16 El Hank  
Tél: 05 22 94 94 22  
ICE: 00197 199 7 0000 50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

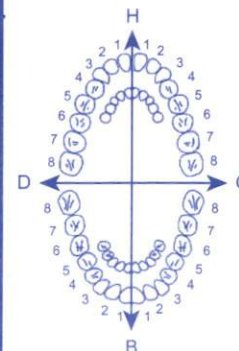
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

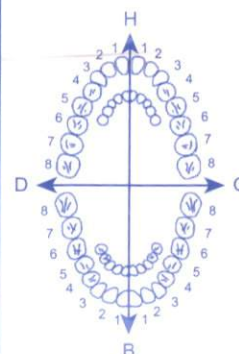
[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille  
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme  
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône  
Toutes explorations ophtalmologiques

# الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا  
جراحة المياه البيضاء - الحول  
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية  
جمع فحوصات العين

26 décembre 2022

Madame LAMRANI Latifa

51,60

PPV : 51,60 Dirhams

- BROPDEX COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans l'oeil droit, pendant 7 jours  
1 goutte, le midi, dans l'oeil droit, pendant 7 jours

A RV 15 JOURS



PHARMACIE EL HANK  
Dr. Chelly Chafik  
Imm 36, L'As 16 El Hank - Casablanca  
Tél: 05 22 25 83 70 / 05 22 98 47 84  
INPE 091048531

Docteur CHELLY Chafik  
Ophthalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 25 83 70 / 05 22 98 47 84  
INPE 091048531

PHARMACIE EL HANK



092024017

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II  
Immeuble Fiat & Jeep - 2<sup>ème</sup> étage - Palmiers - Casablanca  
☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84  
Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

82, زنفة سومية - إقامة شهر زاد 2  
عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء  
☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70  
مستعجلات : 06 61.33.04.44 ☎ 06 52.10.00.12