

# 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



147557

## Déclaration de Maladie : N° S190053103

- Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8366    Société : RAM

Actif     Pensionné(e)     Autre :

Nom & Prénom : MOUMNI CHAKIR    Date de naissance : 22.09.65

Adresse : 40. Lot belle vue nidi maireuf casablanca

Tél. : 0661230922    Total des frais engagés : 3262,30    Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Maryam EL IKHLOUFI  
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94 - INPE : 061288304  
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/11/2021

Nom et prénom du malade : Moumni Youssef    Age : 16

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Casa    Le : 05/11/2021

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
05/11/22		300		 <p>Dr. Maryam EL KHALOUB                      SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE                      MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX                      18, Avenue Stendhal - Casablanca                      Tél. : (212) 0522 47 15 94 - INF. : 361288304                      Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com</p>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/2023	2809,00

**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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

**Important :**

Veillez 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 <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	Montants des Soins <input type="text"/>														
		Date du devis <input type="text"/>														
		Date de l'exécution <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômée des facultés de médecine de Rabat et Paris  
Diplômée en "Surface Oculaire", Université de Brest, France  
Diplômée en "Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires",  
Université Paris 12, France



PT1809000682

05 novembre 2022

**Mr MOUMNI Youssef**

*52.10x3*

LARMABAK COLLYRE

1 goutte 3 fois/jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

*162,30*



**PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU**  
*Bouclaira AMAR*  
197, Bd. Bourgoigne - Casablanca  
Tél : 05 22 36 92 59 - RC : 447169  
IF : 37734689 - ICE : 002312695000115

**Dr. Maryam EL IKHLOUFI**  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Chirurgie des Yeux  
Stendhal - Casablanca  
15 94 - INPE - 061288304  
@cliniquestendhal.com



# SBIQUI OPTICAL STORE

Casablanca, le 26/01/2023

FACTURE N° 06/23

M <sup>r</sup> : Youssef Aouani	OD : +6,50 (-2,50 2 175°) OG : +6,25 (-2,75 2 171°) Add : .....
---------------------------------------	---

Quantité	Designation	P.U.	P.T.
2	Monture p/Alge	1000,- M	1000,- M
2	Verre correcteur auverci Antireflet	900,- M	1800,- M

Montant en lettre :  
Deux mille huit cents  
dinars

Total : 2800,- M

Cachet  
SBIQUI OPTICAL STORE  
RC 409488 - PT. 35600542  
ICE 000556440000062



PT1809000682

05 novembre 2022

**Mr MOUMNI Youssef**

Monture + verres correcteurs  
Antireflets, Amincis, Filtre anti-lumière bleue

OD = + 6.50 (- 0.50 à 175°)

OG = + 6.25 (- 0.75 à 171°)

**Dr Maryam EL IKHLOUFI**  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94 - INPE 051288304  
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com