

## 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 du 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-715864

A 54348

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01402	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL KETTANI SIDI HAMID
Nom & Prénom : EL KETTANI SIDI HAMID			
Date de naissance : 19.04.1950			
Adresse : 98 RUE mimosa Appart 23 HAY			
Arrondissement : ARRTH CASA			
Tél. : 0611220765	Total des frais engagés : 5700,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Dr. Louïna KHAYAR  
OPHTALMOLOGISTE  
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
AT Anfa, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

08 MARS 2023

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : El Kettani Sidi Hamid Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Allergie à l'herbe

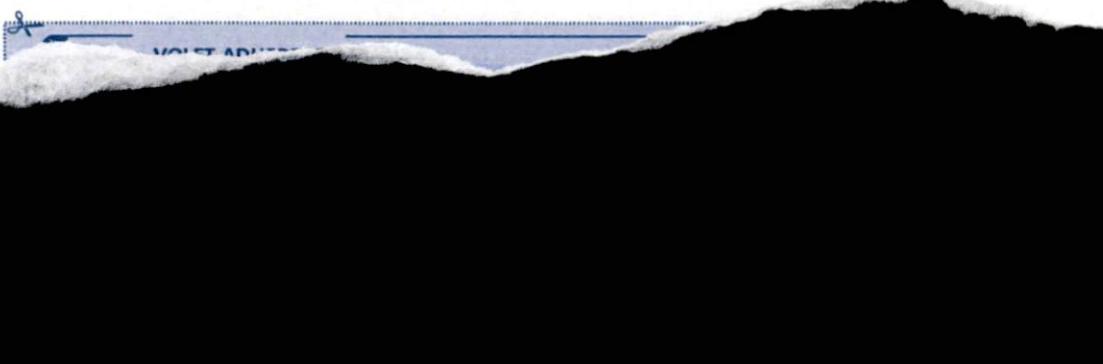
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 22/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



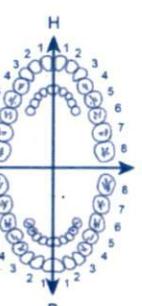
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/03/23	C2	300 Dhs	INP : 091178010	
<b>Dr. Louïna KHAXAR</b> <b>OPHTHALMOLOGISTE</b> 233 Bd Yacoub El Mansour, Résidence Blanca				

# **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES														
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.														
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.														
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-top: 1px solid black;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>H</b>	<b>G</b>	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	I	B
<b>H</b>	<b>G</b>													
25533412 00000000	21433552 00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
I	B													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>												
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														

# POLE VISION

Optic

Opticien Optométriste Diplômé  
de l'ESOA

6, Rue des Roses- Beauséjour  
Casablanca

Patente: 34890984      R.C:186709

I.F:02263563

ICE:001883745000059

Nom : EL KETTANI

DATE : 21/03/23

Prénom : SIDI HAMID

FACTURE N°: 027/07

Quantité	Désignation	P.U.	Total
2	Verres Organiques Antireflets Progressifs  OD:+2,50 OG:+3,00 Add:+2,75	2200,00	4400,00
1	Monture	1000,00	1000,00
Total TTC	Cinq Mille Quatre Cent Dirhams		5400,00

*POLE VISION  
6, Rue des Roses Beauséjour  
Casablanca  
Tel:0522944141*

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTHALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 08/03/23

**الدكتورة لبنى خيار بنجلون**

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في :

El Kettani Sidi Hamid

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT

+ 2,50

OEIL GAUCHE

+ 3

ADDITION VISION DE PRES

Dr. LOUBNA KHAYAR  
OPHTHALMOLOGISTE  
35, Bd Yacoub El Mansour, Rés  
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

~~6. POLE VISION  
6, Rue Youssef Ben Ismaïl  
Casablanca  
Tél: 0522 94 41 42~~

the dose  
+ 2,50  
x 3, + 1,50