

## 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.



Déclaration de Maladie *ma*

N° M20- 0005191 *PRV*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *01123* Société : *160110*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *160110*


Nom & Prénom : *ELMOUFLI KHADOUC*

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Total des frais engagés : *250+6470+140* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : *04/05/2023*

Nom et prénom du malade : *ELMOUFLI KHADOUC* Age: .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *correction lunettes progressives*

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 : *08/05/2024*

Signature de l'adhérent(e) : *H.*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



# 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
04/05/23			270,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie IBNOU KATIR M'hamed GERMANE Docteur en Pharmacie	04/05/23	140,00

# 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	
						6470,00

# 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><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
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		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

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طبيب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

**04 Mai 2023**

Casa le : .....

**Mme ELMOUFLIH Khaddouj**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 1.50 à 85°)

OG = + 1.75 (- 1.25 à 87°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

**JEM OPTIQUE SARL AU**  
**OPTICIENNE OPTOMETRISTE**  
17, Rue Lhacen El Arjoun  
CASABLANCA - R.C: 11354  
Tél: 0522 86.00.53-Fax: 0522.86.50.17

**Dr. BOUKSIM Malika**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaus  
Imm. L 30 - 5ème Etage  
Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11



# J.E.M Optique

s a r l

17, rue Lachen El Arjouné

face HOPITAL 20 AOÛT

20000 CASABLANCA

tél: 022 86 00 58 fax: 022 86 01 63

le 08/05/2023

Facture n° 23 0200

EL MOUFLIH Khaddouj

DH34

Ordonnance BOUKSIM M 04/05/2023

Multifocaux

**Monture** N° TIPS: A1

**Verres** PROGRESSIF ORGANIQUE 65mm  
ANTI REFLET

**OD.....** N° TIPS: 431

**OG.....** N° TIPS: 431

MUPRAS

**1 500,00**

**2 485,00**

**2 485,00**

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

**INPE : 095001004**

EG030  
DIR  
IWA

total

**6 470,00**

total T.T.C.

**6 470,00**

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الطبيبة بوقسيم مليكة

طبيب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

**04 Mai 2023**

Casa le :

**Mme ELMOUFLIH Khaddouj**

140,00

MIXTEARS COLLYRE



1 GTT 3 FOIS PAR JOUR , les deux yeux, 1 Mois

صيدانية ابن كثير  
pharmacie IBNOU KATIR  
Mhamed OERMANE  
Docteur en Pharmacie  
TIR

Dr. ELMOUFLIH Khaddouj  
OPHTALMOLOGISTE  
Ed. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus  
Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11