

## 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.

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

N° W21-762366

pay  
coupons

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7581	Société : 160534		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Lebouine
Nom & Prénom : AMBCHAR			
Date de naissance : 11/11/1954			
Adresse : Bloc 3 n° 17 Rue Abdellah Ben Abdellah			
Tél. 0666713300 Total des frais engagés : 145,70 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin : 		
Date de consultation : 06/04/2018	Nom et prénom du malade : MINICH AL HADDOUK Age: 1960		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Améthyste			
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 : 09/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-762366
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/04/2023			250,00	INP : INPE 041176430

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Nouvelles d'AZOUR Dr. El Hachemi KHRIM 133 Bis Blo 5 - Arrou - Al Mekoul - 06 08 21 77 32	06/04/23	90 70

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sté HAKIM Opticien Optométriste Opticien N° 110 Inezgane Rue Ksima N° 045009115 INP N° 53 93 51 327 CS 10000						300.00 Dh

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="0"> <tr> <td><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td><b>B</b></td> <td></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
				<input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<input type="text"/>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																		

Dr. Abdalaaziz CHAIKY

Spécialiste des malades

الدكتور عبد الجزيز شيخي

إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون



inezgane, Le: ..... إنزكان، في:

06 avril 2023

Mme IMNICH Khaddouj



OPATANOL: COLLYRE CL



الدكتور شيخي عبد الجزيز  
إختصاصي في أمراض العيون و جراحة العيون  
شارع محمد الخامس عمارة BMCI الطابق الأول رقم 3  
الطابق الأول عمارة BMCI رقم 3  
العنوان: BMCI 3rd floor - Tel: 05 28 33 07 08  
INPE: 041176439 -

شارع محمد الخامس عمارة BMCI الطابق الأول رقم 3 - إنزكان - الهاتف 05 28 33 07 08

Boulevard Mohamed V Imm. BMCI, 1er Etage N°3 - INEZGANE - Tel: 05 28 33 07 08

Dr. Abdalaaziz CHAIKY

Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux



الدكتور عبد العزيز شيخي

إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

Inezgane, Le: 06/04/2023  
إنتكان، في:

Nom : Imane Khodj

A bénéfice d'une consultation

Ophtalmologique à 250.00 dhs



شارع محمد الخامس عمارة BMCI الطابق الأول رقم 3 - إنتكان - الهاتف رقم 05 28 33 07 08

Boulevard Mohamed V Imm. BMCI, 1er Etage N°3 - INEZGANE - Tel: 05 28 33 07 08



inezgane, Le:..... 06 avril 2023 ..... إنزكان، في:

Mme IMNICH Khaddouj

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets

VL : OD = +1.25

OG = +1.50 (-0.50 à 145)

VP : ODG = Add : +2.50

الدكتور شيخي عبد العزيز  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
شارع محمد الخامس عماره BMCI  
الطابق النول رقم 3 - إنزكان  
الطريق النول رقم 3 إنزكان  
BMCI - Tel: 05 28 33 07 08  
INPE. 04176439

Sté HAKIM OPTIQUE sarl  
Opticien Optométrie  
INP 045009115  
GSM 06 53 93 51 35  
Rue Ksima N° 110 Inezgane

# OPTIQUE HAKIM

## Opticien - Optométrie Adaptation Lentilles



ICE : 000311661000097  
IF : 18751340  
R.C : 13157  
PATENTE : 49337112

CODE INPE : 045009115

**FACTURE** **N°** 03033

Date : 8/1/2023

Patient : INNICK ISHAK SALLY

Médecin : ABDO AL AAZIZ CHAIKHY

Paiement : 15.000

Arrêtée la présente facture à la somme de 0450091  
Ste Optic INP GSM 06 53 93 51 35  
Rue Ksima 0450091  
INP GSM 06 53 93 51 35