

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 des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www



Déclaration de Maladie

N° W21-811137

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07494 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JALOUATA RACHID

Date de naissance :

Adresse : HABITUELE

Tél : 0661 801392 Total des frais engagés : 4450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : EL IMESSI RACHID Age :

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

Nature de la maladie : Affection Sphérogène

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.

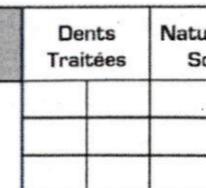
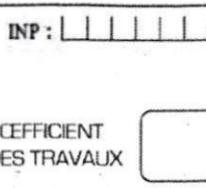
Fait à : 09/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	09/01/23					112 000

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	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>														
				Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/>														
				Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>														
				Début d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>														
				Fin d'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input style="width: 80%;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				Montants des Soins <input style="width: 80%;" type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
			Date du Devis <input style="width: 80%;" type="text"/>															
			Date de l'exécution <input style="width: 80%;" type="text"/>															

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

1 14491

Casablanca, le

02/08/2025

Mme / Mr :

ELIDRISSI FATIMA

Dr :

FATIMA BENLAKHBI

VL

OD : +2 (-1 à 90°)

OG : +2 (-0.75 à 85°)

Monture

optique

800,00

DH

VP-Add

OD :

+2.75

OG :

ADD

+2.75

Verres

Progressif 1.6 AB

3400,00

DH

Total à payer :

4200,00

DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre mille
deux cents DH

Cachet et signature

Adresse : 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tel : 05 22 29 55 30

Capitale : 100.000 - Patente : 35402703 - IF : 47232711 - RC 6123

ICE : 002642590000069



Dr. Fatiha BENLAKHBAIZI

Ophthalmologiste

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme - Voies

Lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...



الدكتورة فاتحة ابن الخيزي

أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الجلالة - الزرق - الحول - مسالك الدموع

الجفون - الليزر - راديو الشبكة

العدسات اللاصقة ...

Casablanca, le

في البيضاء

12/07/2023
Dr. Fatiha BENLAKHBAIZI
Spécialiste des Maladies
de l'œil
Tél: 05 22 82 41 43 - Casa

- Diplôme interuniversitaire
en maladies rétinienues et
traitements maculaires
à l'Université Créteil
à Paris
- Diplôme I.U. des glaucomes
à l'hôpital des Quinze Vingts
à Paris
- Diplôme I.U. de chirurgie
réfractive, chirurgie de la
myopie, greffe de cornée
et phacoemulsification
à Toulouse
- Diplôme I.U. de
neuro-ophtalmologie
à l'Université de la Pitie
Salpetriere à Paris

$$v.d. = OD + 2 (-1 \div 90^\circ)$$
$$OC + 2 (-0,75 \div 85^\circ)$$

$$v.l. = Add + 2,75 sph$$

progrès
opérations sous
AR
+ l'écriture

M-A-D OPTIC
Opticien Optométriste
63, Rue Mouibate - Casa
INRE : 065032633
RC : 508275

183, Znfقة سان لوران كراج علال (قرب سنجير) الدار البيضاء. الهاتف : 05 22 82 41 43

183, Rue ST. Laurent, Garage Allal (Prés Singer) CASABLANCA, Tél. : 05 22 82 41 43