

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'échelle nationale et à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

N° W21-811137

170723

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04454

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JALOULAJA RACHID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

4450, 00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e)

Le : 04/08/2023

V.L.

MUPRAS

Logo MUPRAS

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 17/07/2023 | 4 | 850012 | 850012 | INP : 25533412 / 21433552 OPTICIEN DOPTEUR 63 RUE Riquet INPE : 065032633 |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| M-A-Dopteur Opticien 63 Rue Riquet INPE : 508275 | 04/07/23 | | | | | 120000 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|---|
| | | | | 25533412 / 21433552 00000000 / 00000000 35533411 / 11433553 |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

DENTES DENTARIAS

O.D.F.
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 : EL IDRISI FATIMA

Dr : FATIMA BEN LAKHBI

M-A-D OPTIC
Opticien Optométriste
63, Rue Rguibate - Casa
PINPE : 065032633
RC : 5082754

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 A.R.

3400,00 DH

Total à payer : 4200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre mille
deux cent et huit

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

M-A-D OPTIC
Opticien Optométriste
63, Rue Rguibate - Casa
PINPE : 065032633
RC : 5082754

Dr. Fatiha BENLAKHBAIZI

Ophtalmologiste

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme - Voies
Lacrymales - Angiographie
Laser - Lentilles de Contact...



الدكتورة فاتحة ابن الخطيب

أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الجلالة - الزراق - الحول - مسالك الدموع

المفون - الليزر - راديو الشبكة

العدسات اللاصقة ...

Casablanca, le

Dr. BENLAKHBAIZI Fatiha
Spécialiste des Maladies
de l'œil et de la Vision
133, Rue El Hédi Bourguiba
43 - Casablanca
Tél: 05 22 82 41 43 - C.A.

- Diplôme interuniversitaire en maladies rétinienne 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-ophthalmologie à l'Université de la Pitié Salpêtrière à Paris

البيضاء، في
Dr. BENLAKHBAIZI Fatiha
Spécialiste des Maladies
de l'œil et de la Vision
133, Rue El Hédi Bourguiba
43 - Casablanca
Tél: 05 22 82 41 43 - C.A.
Casablanca, le 10/07/2023

→ Role (1) 100% a 31 J Ann
et
C

v.l. +2 (-1290)
OC +2 (-0,75 è 85)

v.l. Add + 2,75 sph

V → profils
d'yeux sur AR.
Monture

Dr. BENLAKHBAIZI Fatiha
Spécialiste des Maladies
de l'œil et de la Vision
133, Rue El Hédi Bourguiba
43 - Casablanca
Tél: 05 22 82 41 43 - C.A.

M-A-D OPTIC
Opticien Dioptriométriste
63, Rue Roubibat - Casablanca
INRE : 065032633
RC : 508275