

## 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 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° W21-826941

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8392 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : MUSTADHA

Nom & Prénom : MUSTADHA

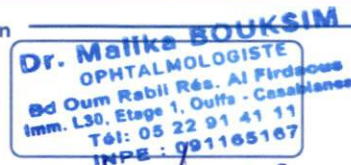
Date de naissance : 13.11.1945

Adresse : 11ab tulle

Tél. : 06619.29.79 Total des frais engagés : 4450 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/11/2023

Nom et prénom du malade : SEUBALI Mustafa

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : correction orthoptique

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

22/11/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



### 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
13/11/23	S		200 DH	Dr. AMINE BOUBSTIM OPHTALMOLOGISTE Bd Oum Rabii RAS EL MOUSSOU Imm. L30, Etage 1, Oufra - Casablanca Tél: 05 22 98 41 11 INPE : 091165167

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

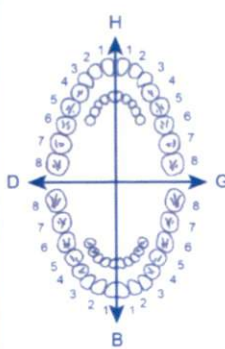
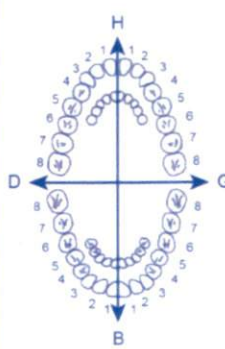
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Rokneddine Redouane Opticien ANNAJAH Bd. Moudilboukaila Bloc "C" N°27 CASABLANCA	15/11/23					4200 DH

### 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 بالأمواج ما فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
اللايزر....

Casa le : **13 novembre 2023**

**Mr SENBALI Mustafa**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = + 3.00 (- 2.75 à 70°)

OG = + 2.50 (- 2.00 à 95°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

Rokenedine Medouane  
Opticien AL AJAH  
Bd. Moudilbouhria Bloc 'C' N°27  
CASABLANCA

**OXYAL: collyre**

1 goutte 3 à 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Dr. Malika BOUKSIM  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30, Etage 1, Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11  
INPS : 09116307



Lunette ANNAJAH



نظارات النجم

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi

Bd. Moudiboukeita, Bloc G

N° 27 - Casablanca

Rég. Com N° : 352640

Patente N° : 36612796

I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0

ICE : 000885051000058

GSM : 06.64.27.21.94

رکن الدین رضوان الإدريسي

شارع موديبو كيتا، بلوك ج

رقم 27 - الدار البيضاء

السجل التجاري : 352640

بتانتا رقم : 36612796

الضريبة : 45525250

000885051000058 : ICE

المحمول : 06.64.27.21.94

N° 0002574

Casablanca, le 15/11/23

M SENBALI Mustafa

Doit

Docteur Malika Bouksim

Nomenclature N°

VL OD : cyl sph +3.00(-2.75; 70°)

OG : cyl sph +2.50(-2.00; 95°)

VP OD : cyl sph +2.50

OG : cyl sph +2.50

Verres : progressifs organiques AR 2700

Montures : Mitale 1500

Facture arrêtée à la somme de : quatre Mille 4200  
deux Cents dix-huit

Rokeneddine Redouane  
Opticien ANNAJAH

Bd. Moudiboukeita Bloc G N°27  
CASABLANCA

O

OG