

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-793859

186057

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3504 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSSARHANE SOUO'S E.P. BOUYASSIA

Date de naissance : 31/08/1958

Adresse : RESID ONE AN NAB IMM. e N°10 CASABLANCA

Tél. : 06-61-15-81-80 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL LAOUI Saïda  
Ophtalmologiste  
207, Boulevard Zerktouni  
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUSSARHANE SOUO'S E.P. BOUYASSIA

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

Nature de la maladie : AFFECTION Oculaire

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 : 07/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

11 DEC. 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
07/11/2023	CS		300	INP: 095015988

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

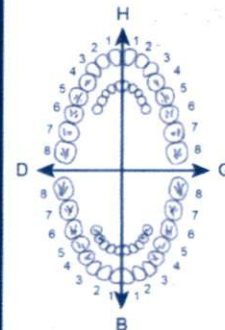
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

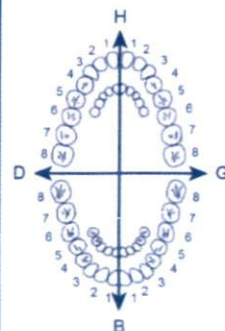
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE VICENNE 2, Bd. Ibn Sina - Hay El Mana 20200-Casablanca TEL: 05 22 94 68 00 INPE: 095015988	07/11/23					

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophtalmologiste**

Ancien Interne et Attachée au

CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'université P.et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**

**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الاستشفائي الوطني

لطب العيون 15.20 بباريس

خريجة جامعة باريس 6

**07 novembre 2023**

**BOUSSARHANE Souad**

**Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques**

**Vision de près :**

**ODG = + 2.50**

**OPTIQUE VICENNE**  
302, Bd. Ibn Sina - Hay El Hana  
20200-Casablanca  
Tél: 05 22 94 68 00  
INPE : 095015988

**Dr. EL ALAOUI Saida**  
Ophtalmologiste  
207, Boulevard Zerkouni  
Tél: 05 22 94 91 66 - CASA



**OPTIQ'AVICENNE**

202, Bd. Ibn Sina - Hay El Hana

20200-Casablanca

Tél: 05 22 94 68 00

INPE : 095015988



**OPTICIENNE - OPTOMÉTRISTE**  
**ADAPTATION DE LENTILLES**  
**DE CONTACT**

**FACTURE N°** 0001268

Casablanca, le : 07/12/2023.

**M:** BOUSSARHANE Souad

QUANTITÉ	DÉSIGNATIONS	MONTANT
ORD.	DR Saïda EL AHOUCHE Du 07/11/23.	
01	Contour A1	1200,
02	verres icones B120 Anti-Reflet Anti-lumière Stress Amis 161 Super φ 65 mm. OG 401 OG 401	975, 975,
Arrêtée La présente facture à la somme de		Montant T.T.C 3150,
Total de trois mille cent cinquante Dhs		