

# 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

M22- N° 002200

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : EL IMAM EL ALAOUI Abdelaziz  
Date de naissance : 01.06.1947  
Adresse : 236 bd M. el V. CASA  
Tél. : 06 8884 1836 Total des frais engagés : .....Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 DEC 2023

Nom et prénom du malade : EL IMAM ALAOUI ABDELAZIZ Age : 75

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

Nature de la maladie : A

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : CASA Le : 24 / 12 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Autorisation CNDP N° : AA-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                  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
|                 |                   | 02                    | 25,00                           | <i>[Signature]</i><br>Docteur BEKIRANE<br>Ophtalmologue<br>N° 05 24 43 22 45 41 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>[Signature]</i><br>PHARMACIE GRANADA<br>Rue de la Liberté - N° 17 - 05 24 43 22 45 41 | 05/12/2023 | 37,00                 |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| <i>[Signature]</i><br>DOSSAT HARTI<br>LABORANT OPTOMETRISTE<br>Casa - Tel.: 07 62 43 08 05 | 12/12/2023     |        |    |    |    | 2800,04                         |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|------------------------------|--|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|                              |  |                  |             | 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<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| H                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 25533412                     | 21433552   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| D                            | G  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 00000000                     | 00000000   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| 35533411                     | 11433553   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
| B                            |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |
|                              |  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur M. M. BENKIRANÉ

Diplômé de la Faculté de  
Montpellier  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française  
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41  
C. : 05 22 20 10 15 }

# الدكتور بن كيران

خريج كلية الطب بمونبولي  
أمراض وجراحة العيون  
عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

الهاتف: عيادة: { 05 22 22 15 41  
05 22 20 10 15 }



Casablanca, le : 5 / 12 / 2023

U. ELINNA ALIHOVI Abdelays

V progressif

✓ on -0,75  
oc +0,50

✓ onc 1st +3

18.50 x 2 = 37,00 + 1000  
Supplét 14 m  
2=31

DOUSKATI ABDELLATIF  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
12, Av. Nil Mabrouka Sidi Othmane  
Casa - Tél.: 07 62 43 08 05

PHARMACIE GRANADA  
LAHLOU NABIL Loubna  
Lotissement Hassanina Lot. N° 39  
Rue 25 N° 27 - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 15 41

Docteur BENKIRANÉ M.  
Ophtalmologue  
Tél.: 05 22 20 10 15 - 22 15 41

M. Benkirane



# DOUSKATI ABDELLATIF

## Opticien - Optometriste

Facture: 0001696 Date: 13/12/2023

Mr: ELEMAMALAH ABDOU PER

Docteur: M. M. BEN KIRANE

Types des Verres : ORMPHO 10 G  
PROGRESIFS

Monture (s) : OPTIQUE 1000 011

\* Vision de Loin :

|    |     |     |     |       |         |
|----|-----|-----|-----|-------|---------|
| OD | Axe | Cyl | Sph | -0.75 | 200 011 |
| OD | Axe | Cyl | Sph | +0.50 | 200 011 |

\* Vision de Prés :

|    |     |     |     |  |  |
|----|-----|-----|-----|--|--|
| OD | Axe | Cyl | Sph |  |  |
| OD | Axe | Cyl | Sph |  |  |

Add: +3

Montant: 2800 011

12 Av Nil Mabrouka Sidi Othmane Casa-Tél: 07 62 43 08 05

ICE: 002067947000086 - IF: 25210599 - RC: 454054

TP: 32700116 - PATENTE: 25210599 - INPE: 065051245



ELIMAM ELAALAOUI 3230

T 232001

T 232092

T 07 2025

T 07 2025

V 18 50

V 18 50

18,50

18,50

Boite Postale  
Casablanca