

## 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'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° W21-811191

189492

|   |                                       |   |                                 |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input checked="" type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |   |                                 |
| Matricule :                                 | 11373                                 | Société :                                   | RAM                             |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :            | CHAELIB ANOUAR                  |
| Nom & Prénom :                              |                                       |   |                                 |
| Date de naissance :                         |                                       |   |                                 |
| Adresse :                                   |                                       |   |                                 |
| Tél. :                                      | 02 24 80 65 10 74 89                  | Total des frais engagés :                   | 1.500,00 Dhs                    |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|  |  |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   | Dr. Lououna KHAYAR<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>235, Bd Yacoub El Mansour, Rés<br>Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca<br>Tél: 05 22 95 12 89 |
| Cachet du médecin :  |  |
| Date de consultation :   | 04 DEC. 2023   |
| Nom et prénom du malade :  | EL ADEKIB ANOUAR   |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |
| Nature de la maladie :   |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances :   |  |
| 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) :   |  |



### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04.12.23        | C2                | 300.00 DT             | INP : [REDACTED]                | Dr. Louisa KHATIR<br>OPHTHALMOLOGISTE<br>235, Bd Yacoub El Mansour, Rés<br>Al Anfal, Plage N° 2 - Casablanca |

### EXECUTION DES ORDONNANCES 95 12 89

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| صيادلة حسي الونادي<br>PHARMACIE HAY EL WANI<br>252 BD OUED SEBOU OULFA<br>CASA 010 22 911 737<br>INPE 092030949 | 04.12.2023 | 157,50                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

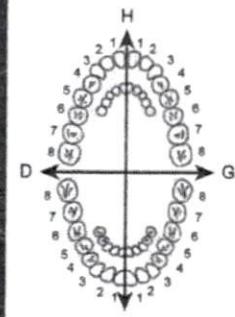
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

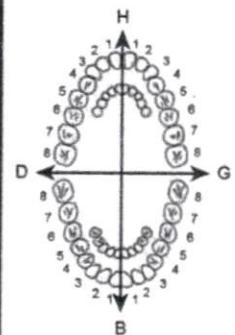
| Cachet et signature du Particulier   | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| DR. LOUISE KHATIR ISLAM<br>104, RUE DE KARDOUS - EL HARRACH 1002<br>Casablanca | 04.12.2023     |        | 0  |    |    | 6500,00                         |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

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 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

RIN 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



# Facture

**نظارات إسلام**  
**LUNETTES ISLAM**

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275  
ICE : 002212845000044  
IF : 30011276 - INP : 33610708

No 4866  
LUNETTES ISLAM  
184, Rue des Anglais - Bhira Jdida  
Casablanca

Casablanca, le 8/12/2023

M ..... Doit

| Nature des Verres                             | Vision de loin       | Vision de Près       | Doubles foyers       | Varifux              |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <i>Océanique</i><br><i>multifocal</i>         | OD .....<br>OG ..... | OD .....<br>OG ..... | OD .....<br>OG ..... | OD .....<br>OG ..... |
| Monture                                       | Métal                | Plastique            |                      | 1800,00              |
| V.L. : - OD .....<br>- OG .....               | + A<br>+ 0,75        |                      |                      | 1800,00              |
| V.P. : - OD .....<br>- OG .....               |                      |                      |                      | 1800,00              |
| ADD. / .....<br>TOTAL .....<br>LUNETTES ISLAM | <i>0,5 + E</i>       |                      |                      | 6200,00              |

Arrêtée la présente facture à la somme de *quatre mille deux*

*Cent cinquante*

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

**Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN**  
**OPHTALMOLOGISTE**

Specialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification  
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik  
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex Médecin a l'hôpital 20 Aôut Casablanca  
Membre de la société française d'ophtalmologie

Permis de Conduire

. Casablanca, le: 06.12.2013 : الدار البيضاء في:

رخصة السيارة

الدكتورة لبنى خيار بنجلون  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
الليزر - فحص الشبكة بالأشعة  
جراحة الحول - العدسات  
عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

## VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT + 1

OEIL GAUCHE + 0,75

ADDITION VISION DE PRES + 2

157,00

the 1/2

PS

DR. LOUBNA KHAYAR BENJELLOUN  
CABINET D'OPHTALMOLOGIE  
Résidence Al Anfal Immeuble No 2 - Casablanca  
Tél: 05 22 95 12 89

PHARMACIE HAY EL WIAM  
252 BD OUED SEBOU OULFA  
GASA - Tél: 05 22 91 17 31  
INPE 092030949

05 22 95 12 89 ، شارع يعقوب المنصور - إقامة الأنفال - عمارة رقم 5 الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف :

235 , Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal-Im . " A" Appt. N°5- 2ème étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 89