

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-772798

190669

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED  
 Date de naissance : 01-07-1947  
 Adresse : Agence Urbaine n°86 LISSASFA CASABLANCA  
 Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 1650,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Othman Chahine, Ophtalmologiste, Av. Méd. V. Imm. 403, 1er étage, N°2, Kenitra - Tél : 05 30 13 20 09, GSM : 06 31 64 92 65  
 Date de consultation : 14/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Nassime Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Anxiété  
 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 : Kenitra Le : 02/10/2024  
 Signature de l'adhérent(e) : Lohachij

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-772798

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8421  
 Nom de l'adhérent(e) : N.M.  
 Total des frais engagés : 1650,00  
 Date de dépôt :



[illegible][illegible]

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
		A M	PC	IM	
	21/2				100.000
	23				100.000

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

# 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	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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# بصريات الصافا

## AS 99 Optique

**FACTURE**

1799

Salé, le :

01/11/23

Nom & Prénom :

NASSIM Mohamed

Vision de Loin	Vision de Prés
O.D : (-0,9 à 39) + 1,1V	O.D: CV (-0,9 à 39) Sph + 2,7V
O.G : (-0,50 à 10) + 1,00	O.G: CV (-0,50 à 10) Sph + 2,7V
Désignation	Prix
Mont : Plastique Biaggi	400,00 Dh
Veres : traitement Sten	1000,00 Dh

Cachet & Signature

Total :

1400,00 Dh

Montant en Lettres :

Mill quatre  
cent dix francs  
11C

Hay Inbiat, Av. Bnou Al Haitam, N°77 Mag.9 - Tél : 05 37 80 42 11

RC : 45288 - PATENTE : 29100226 - IF : 20779206 - ICE : 001938537000022

**Dr. Othman CHARHI**

**Médecin Spécialiste en Ophtalmologie**

Maladies et Chirurgie des Yeux , Lasers et Explorations

Adultes et Enfants



**الدكتور عثمان شرحي**

**اختصاصي في امراض العيون**

طب و جراحة العيون , الليزر و الكشوفات

الكبار و الأطفال

Kénitra le : ..... **14 novembre 2023**

**Mr NASSIME Mohamed**

Monture + verres correcteurs progressifs Organique Antireflets

Vision de loin :

OD = + 1.25 ( - 0.25 à 32°)

OG = + 1.00 ( - 0.50 à 10°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75



**Dr. Othman CHARHI**

**Ophtalmologiste**

Av. Med V, Imm.403, 1<sup>er</sup> étage, N°2

Kénitra - Tél : 05 30 13 20 09

GSM : 06 31 64 92 65

العنوان : شارع محمد الخامس، العمارة 403 ، الطابق الاول ، رقم 2، القنيطرة (ساحة النافورة ، عمارة صيدلية النافورة)

Adresse : Avenue Mohammed V, Immeuble 403, 1<sup>er</sup> étage, numéro 2, Kénitra ( Place Nafora ,immeuble de la pharmacie Nafora )

Téléphone : 05 30 13 20 09 / Mobile : 06 31 64 92 65

Email : Drothmancharhi@gmail.com