

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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° 09/18 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

W21-841917

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6972 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom EL MAAROUFI MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0667311789 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin Dr. J. ZAIM

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 02 / 2024

Nom et prénom du malade : EL MAAROUFI MUSTAPHA Age :

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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'avis du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

PR4FR05/V2/20-10-2023

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
13.2.24	ps + x + ps prothèse		400-	Dr J. ZAIM Ophtalmologiste Ophtalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Passions Océan - Casablanca Tél : 0522 25 71 71 (S.O.) - Fax : 0522 25 11 11 INPE : 091140186

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BOUKDAD LAILA Boukdad Dr en Pharmacie Amal 21466 - Tit Mellil Tél : 0522 51 00 71	13/02/2024	288,20

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	
	29.02.24					3000-

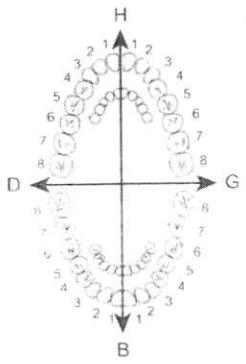
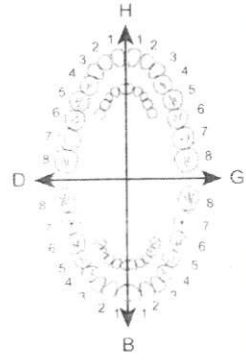
Dr. BOUAZIZ Khadija
INPE : 065040537

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAV														
																			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><table><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></div>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAV
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
		<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				MONTAN DES SOI													
						DATE D DEVIS													
				DATE D L'EXECUT															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Bouaziz Optical

N° 001126

29/02/2024

Mustapha EL maaRoufi

Docteur	Vision de Loin	Vision de prés	Progressif	Montant
J. Zaim	Monture : Verres :	Monture : Verres :	Monture : ORMA PRO Verres : metallique	600
	VL : OD : (0.25 à 0.75) +0.6 OG : (1.25 à 1.75) +0.75	Vp : OD : (à) OG : (à)	Add : +3.00	1500 1500

TOTAL T.T.C 3600

Arrêtée la présente facture à la somme de

Trois mille six cent dinars

Signature :

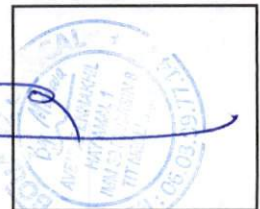
Bd Nakihil Hay Al Amal 1, Imm 39, Magasine 8 - Tit melil
(à coté de laboratoire)

☎ 06 03 99 77 14

✉ bouaziz.marwa19@icloud.com 📷 bouaziz_optical

RC : 451622 - N° Patente : 37102769

ICE : 003128844700080



OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدرا البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT240213143528

Casablanca le :

13 février 2024

EL MAAROUFI Mustapha

VISMED multi

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Urgence 24/24

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدرار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT240213143528

Casablanca le :

13 février 2024

EL MAAROUFI Mustapha

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.50 (- 0.75 à 85°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 75°)

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

Dr J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15
INPE : 09.11.40.00.00

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Casablanca le : 13.2.24.....

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M. EL MAAROUFI MUSTAPHA

La somme de : Quatre cent Dhs
400.00Dhs

Pour : Consultation+k10 fond d'œil

Cachet et signature

Dr J. Z...
Ophtalmo Clinique
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél : 0522 25 11 15
INP 96

Urgence 24/24