

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



197 21

Déclaration de Maladie

M23- N° 0039804

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5018 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Mr. SAROUTI Hassan
Date de naissance : 09/01/1957
Adresse : Box 89, N°5 Desb. ettaoune Hay Hassan
Tél. 06.62.25.0299 Total des frais engagés : 3695 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 15/01/2024
Nom et prénom du malade : SAROUTI HASSAN Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 05/03/2024

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant la Réception des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 18.01.2024 | C2 | | 300,00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la facture |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU PROGRES El Chermat Abdelghani du 16 Novembre Tél: 0522 20 13 06 | 18/01/2024 | 245,00 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | 08/01/2024 | | | | | 325,00 |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 |
| | | | Montants des Soins |
| | | | Debut d'Execution |
| | | | Fin d'Execution |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

| H | | G | |
|--------------------------------------------------------|----------|----------|-------------------------|
| 25533412 | 21433552 | | |
| 00000000 | 00000000 | | |
| D | | | B |
| 00000000 | | 00000000 | |
| 35533411 | | 11433553 | |
| (Création, remont, adjonction) | | | |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | 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

Dr. El Alaoui Ben Hachem Bahija

Lauréate de la Faculté de Médecine
de Montpellier (France)
Maladie et Chirurgie des yeux - Angiographie
Laser-OCT - Strabisme - Lentilles de Contact

Médecin agréée :
Permis de conduire



الدكتورة العلوي بن هاشم بهيجة

خريجة كلية الطب بمونبيلي (فرنسا)
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أشعة لازير
طبيبة معتمدة :
رخصة السياقة

Casablanca, le:

الدار البيضاء، في

17 JANV. 2017

COMPTOIR D'OPTIQUE
CHRISTIAN DEFORGES
21 rue Chenier - Casablanca
Tél. : 0522 27 72 89 - Pat : 33105480
R.C : 273868 - I.F. 41408431
I.C.F. : 001750105000065

Robel
Amel

(VL)

op : (90° - 1) + 1

op : (90° - 0,75) + 1

RP:66
VL



2/50 + 2/50

Aquelcom 10

Water : 1000
115,00

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

DR. ALADI BAHJA
105, Bd. Hassan Casablanca
Hay Hassane, Casablanca
Tel : 0522 93 32 66

COMPTOIR D'OPTIQUE

Opticien agréé

21. Rue CHENIER

CASABLANCA

Tél : 05 22 27 72 89

Casablanca, le : 08/02/2024

M : SAROUTI HASSAN

FACTURE N° 007616

Ordonnance de Mr, le Docteur EL ALAOUY BATHIJA

Correspondants à la
prescription

OD = +3.1

OG = +3.1

V L. O D : 90° axe -1, cyl +1, sph

O G : 90° axe -0.75 cyl +1, sph

V P. O D : axe cyl sph

O G : axe cyl sph

ADDITION : +2.50

FOURNITURES :

1 Montures :

2 Verres : progressive ADAPTA
1.5 index optique monovision Sympde

T.V.A. 20 % soit . 541,67

H.T. 2708,33

TOTAL
(TTC)

3250,~ DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois mille deux cent cinquante dirhams

COMPTOIR D'OPTIQUE
CHRISTIAN DEFORGES
21 rue Chenier - Casablanca
Tél. : 0522 27 72 89 - Fax : 33105480
R.C. : 273868 - I.F. 41405431
I.C.E. : 001750165000065

R.C. N° : 273868 - Patente N° : 33105480 - I.F. N° : 41405431

Code INPE N° : 095014973 - I.C.E. N° : 001750165000065