

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 080801

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1110 Société : R.A.M. 184445  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CAARIFI LARBI  
Date de naissance : 01-01-1952  
Adresse : VILLA 16 RUE 1 OULAD HRIZ MAY EL MOUDA  
BERRECHID  
Tél. 06 61 13 9022 Total des frais engagés : 3422,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47  
Date de consultation : 08 NOV. 2023  
Nom et prénom du malade : EL FAROUKI MALEKA Age : 66  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Amétropie  
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 : Berrechid Le : 08 / 11 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

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                                         |
| 08 NOV. 2023                   | C2                |                       | 400,00                          | Dr. Soumaya CHEBBI HASSANI<br>OPHTALMOLOGISTE<br>Rue Okba Ibnou Nefil Berrechid<br>Tél : 0522 32 48 47 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                   |          |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                   | Date     | Montant de la Facture |
| <p>صيد لبي مسجد الرياض<br/>Pharmacie Mosquée Riad<br/>Dr : Siham TAMIR<br/>N° 1-2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide<br/>Fix : 0522336822</p> | 08/11/23 | 2400                  |

[illegible]

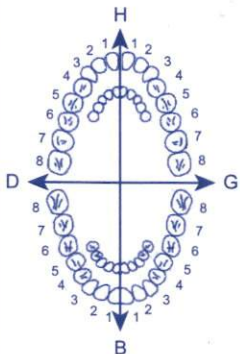
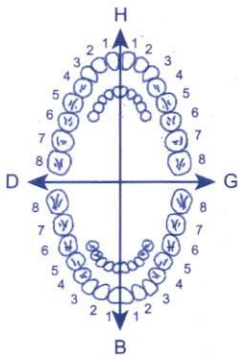
| AUXILIAIRES MEDICAUX                                                                                     |                   |        |    |    |    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| Cachet et signature<br>du Praticien                                                                      | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|                                                                                                          |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
| <b>KHALID EL FAKIR</b><br>Opticien Optométriste<br>16, Bd. Oued Eddanab Casablanca<br>Tél.: 0522 375 375 | 15/11/23          |        |    |    |    | 3000,00                            |
|                                                                                                          |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                                                                                          |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                                                                                          |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                                                                                          |                   |        |    |    |    |                                    |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                                                                     | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b><br> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | <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> |                     |             |                            | H                     |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
|                                                                                                                                     | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552            |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                   |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000            |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553            |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | DATE DU<br>DEVIS           |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             | DATE DE<br>L'EXECUTION     |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |             |                            |                       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                      |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|----------------------|
|                 |  |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         | <input type="text"/> |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |                      |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|  |                                                                                                                                                 |                                                                                                            |  |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <b>H</b><br>25533412    21433552<br>00000000    00000000<br><b>D</b> ————— <b>G</b><br>00000000    00000000<br>35533411    11433553<br><b>B</b> | <b>COEFFICIENT<br/>DES TRAVAUX</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                 | <b>MONTANTS<br/>DES SOINS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>      |  |
|  |                                                                                                                                                 | <b>DATE DU<br/>DEVIS</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>           |  |
|  |                                                                                                                                                 | <b>DATE DE<br/>L'EXECUTION</b> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>     |  |
|  |                                                                                                                                                 |                                                                                                            |  |

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Dr. Soukayna Chebihi Hassani

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1<sup>er</sup> étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكية - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le .....

08/11/2023

Mme EL FAROUKI Malika

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques  
Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 1.50 ( - 0.25 à 80°)

OG = + 1.00 ( - 0.25 à 50°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près :

ODG = Add : + 3.00

1/ SICCAPROTECT : collyre

1 Goutte 3fois/jour , dans les deux yeux



صيد ليس مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr : Siham TAMIR  
N° 1 - 2 Mosquée Riad Hay Riad Berrechide  
Fix : 0522336822

KHALID ELBAKR  
Opticien Optométriste  
46, Bd Oued Eddah Casablanca  
Tél.: 0522 375 375



CHEBIHI HASSANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid  
Tél : 0522 32 48 47



EL FAKIR



OPTICIEN

Lunetterie-optométrie-lentille de contact

KHALID EL FAKIR OPTICIEN OPTOMETRISTE

Facture N° : 308/2023

Client(e) : E. L. FAROUKI, Malik

Casablanca : 15/11/2023

KHALID EL FAKIR  
Opticien Optométriste  
46, Bd Oued Ezzahab Casablanca  
Tel.: 0522 375 375

| DESIGNATION                                             | QUANTITES | MONTANTS<br>UNITAIRES TTC<br>(DHS) | TOTAL TTC<br>(DHS) |
|---------------------------------------------------------|-----------|------------------------------------|--------------------|
| monture qpt, c                                          | 01        | 1000,00                            | 1000,00            |
| Ventes qpt, c<br>progressif<br>018 - 5 e<br>Antireflets | 02        | 1000,00                            | 2000,00            |
|                                                         |           | TOTAL TTC                          | 3000,00            |

Arrêter la présente facture à la somme de :

Trois mille DH

Mode de paiement espèce

|     | S     | CY    | AX    |
|-----|-------|-------|-------|
| OD  | +1.10 | -0.20 | 80    |
| OG  | +1.00 | -0.20 | 80    |
| ADD |       |       | 43.00 |

ICE : 000941540000083 - RC : 377318 - PATENTE : 37411673

IF : 49016648 - Le code INPE : 095003471

