

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

## Diologie 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.

## Prothèse 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

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° P19- 064529

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : TRUILE MOSTAFA  
Date de naissance : 21.01.1944  
Adresse : HAY AL QODS Res. AL FATHI MM E 156 Benmoussadi Casablanca  
Tél. : 0673 17 15 45 Total des frais engagés : 4390,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur CHELLY Chahk  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Immeuble RENAULT)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél : 05.22.23.30.53 - 05.22.25.83.70  
05.22.98.47.84

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : TRUILE Incube Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Oculaire  
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 : 13.03.2020 Le : 13.03.2020  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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
29/02/2020	C1	-	3000	<i>[Signature]</i>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE GHOFRANE</b> Dr. HRIOUA LAILA Rue 2 N° 116 Bloc (C) Quartier Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca	29/02/2020	3000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

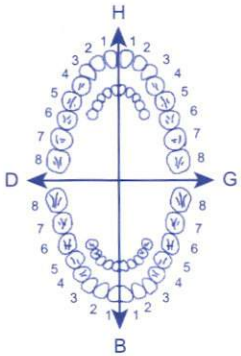
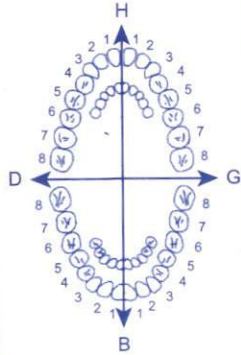
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>[Signature]</i>	29/02/2020					4000

# 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'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

29 février 2020

Madame *TOUILE* Imane

3070



- MAXIDROL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 8 jours

**PHARMACIE GHOFRANE**  
Dr. **HRIOUA LAILA**  
Rue N° 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca

**Docteur CHELLY Chafik**  
Ophthalmologiste  
82, Rue Soumaya Immeuble RENAULT  
Quartier Sidi Bernoussi Casablanca  
Tel: 05 22 58 77 25 83 70

**Docteur CHELLY Chafik**

**Maladies et Chirurgie des Yeux**

Diplômé de l'Université de Marseille  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Lentilles de Contact  
Angiographie rétinienne  
Soins au Laser (Argon - Yag)  
Chirurgie Refractive

**الدكتور الشلي شفيق**

**أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بمرسيليا  
عضو في الجمعية الفرنسية للأمراض العيون  
عدسات النظر  
فحص الشبكة بالاشعة  
علاج بالليزر  
جراحة قصر النظر

29 février 2020

*Madame TOUILE Imane*

PROGRESSIFS  
ORGANIQUES  
BLANCS  
MONTURE

Oeil Droit : (170° + 0,25) + 1,00 , Addition + 2,50  
Oeil Gauche : + 1,75 , Addition + 2,50

ANTI-RAYURES

ANTI-REFLETS MULTICOUCHES

PORT PERMANENT

OPTIQUE BAGHDAD  
Beyrouth - Casablanca  
Dr. Choukri Abdelhamid  
Ophtalmologiste  
N° 365  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05 22 25 83 70

32.5782.50

Docteur CHELLY Chafik  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Immeuble FIAT - Jeep)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél: 05.22.25.83.70 / 05.22.25.83.70





**OPTIQUE BAGHDAD**  
BENNAOUI Abdelham  
Optica Optom riste  
Rez de chaus Al qods Gr albaïda  
N° 365 Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tel : 0522746049

Facture N°

095021804

Casablanca, Le 2/03/2020

Dr CHEIKH  
chouk

Mme Touile  
Imane

VISION DE PRES

OD: Sph +1.00 Cyl +0.50  
OG: Sph +1.00 Cyl +0.50

VISION DE LOIN

OD: Sph +1.00 Cyl +0.50  
OG: Sph +1.00 Cyl +0.50

Quantité	Désignation	Prix
1	Monture: <u>acier</u>	<u>1000.00</u>
2	Vers: <u>progressif</u>	<u>3000.00</u>

Montant (en lettres)

Quatre mille  
deux cents

Total

4000.00

Cachet, Signature

RC: 437384

ICE 002287327000034 N° patente 31601565

IF: 37527600