

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 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

- 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° W21-809431

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 3015 Société : RAM 1774516

Matricule : 3015

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : enfant

Nom & Prénom : AMARA EL YABOUBI

Date de naissance : 28/05/1957

Adresse : 121 Lot Sapeurs Pompiers MASSIRA
TEMARA

Tél. : 06 62 23 83 09 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAARABI NISRINE
OPHTALMOLOGUE
2, Imm. 3, Résidence Provençal (au centre de Témara)
v. Hassan II - Témara (au dessus de Attijariwafabank)
24 JUIL 2023 08 55 44 57

Date de consultation : 24/07/23

Nom et prénom du malade : AMARA ADAM

Age : 18 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Amblyopie

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 :

Le : 24/07/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-809431

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
	ES		250	Dr. LAIBI NISRINE OPHTALMOLOGUE 2. Immeuble 3, Résidence Provençal (au centre de Temara) Hassan II - Temara (au dessus de Attijariwafabank) Tél : 09 09 55 44 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[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. LAARIBI Nisrine

**Médecin Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**



الدكتورة لعربي نسرين
طبيبة اختصاصية في أمراض
وجراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

دبلوم في أمراض سطح العين (الحساسية، جفاف العين، أمراض القرنية) بجامعة بريثاني الغربية - فرنسا

دبلوم في داء الزرق (شغل العين) بجامعة باريس 7 - فرنسا

دبلوم في تصوير وعلاج أمراض الشبكية بجامعة باريس 12 - فرنسا

دبلوم في طب العيون العصبي بجامعة السوربون - فرنسا

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Diplômée en « Surface Oculaire » à l'Université de Bretagne Occidentale - France

Diplômée en « Glaucomes » à l'Université de Paris VII - France

Diplômée en « Imagerie Rétinienne et Traitements Maculaires » à l'Université de Paris XII - France

Diplômée en « Neuro-Ophthalmologie » à Sorbonne Université-France

AMARA ADAM

24 JUN. 2023

(Mortimer + Venes de injection aminas)

(Traitement anti lumière bleue)

ODR : +3,00 (-0,50 à 155°)

OG : +3,50 (-1,00 à 165°)

Dr. LAARIBI NISRINE
OPHTHALMOLOGUE
2, Imm. 3, Résidence Provençal (au centre de Témara)
Hassan II - Témara (au dessus de Attijariwafabank)
06 209 209 47



الطابق الاول - العمارة 3 - اقامة بروفنسال (بمركز تمارة) ، شارع الحسن الثاني تمارة (فوق وكالة التجاري وفا بنك)

1er étage, Immeuble 3, Résidence Provençal, Témara centre, Avenue Hassan II, Témara (au dessus de Attijari Wafabank)



0808 55 44 57 - 06 209 209 47



nisrine.laaribi@gmail.com