

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

- 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° 09-08 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

M23-0027001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0910 Société : 183696
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAYACHI Abdelkhan
 Date de naissance : 1945
 Adresse : 66 Rue 2 Espérance 2 Aïn Sebaa Casa
 Tél. : 0522554938 Total des frais engagés : 422,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/10/2023
 Nom et prénom du malade : BENNANI Loti Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Aff. opt.
 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 : Casa Le : 23/11/23
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>98, Bis Av. C. Hay Karam Q.I. Sidi El-Moussaï - Casa Tél : 0522 35 93 82 INPE : 092031046</p>	24/10/23	T = 172,00

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

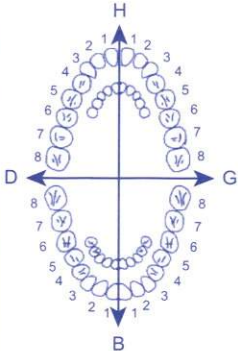
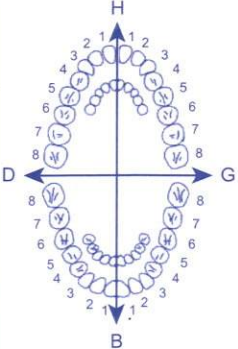
[illegible]

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 Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																																							
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																																						
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																						
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> <tr><td colspan="4"></td></tr> </table>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> H </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																										

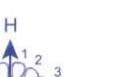
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input style="width: 100px;" type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input style="width: 100px;" type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input style="width: 100px;" type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez 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		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>		

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CÖEFFICIENT MASTICATOIRE	CÖEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 5px;"> D G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> B </div>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	(Cröation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thörapeutique, nöcessaire ä la profession	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Naima Fahem

OPHTHALMOLOGISTE

(Maladies & chirurgie des yeux)

- Ancienne Médecin de l'Hôpital Mansour Casa
- Ancienne chef de service d'ophtalmologie de l'hôpital Hassan II Khouribga
- Membre de la société Française d'ophtalmologie

الدكتورة نعيمة فاهم

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
طبيبة سابقا بمستشفى المنصور بالدار البيضاء
طبيبة رئيسة سابقا بمصلحة طب العيون
بمستشفى الحسن الثاني بخريبكة
عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Casablanca, le : في : الدار البيضاء,

24 octobre 2023

Mme BENNANI Latifa

157,00

THEALOSE collyre

1GTT 3X/J PDT 3MOIS

15,00

PHYSIOLOGICA serum physiologique

lavage 2 à 3x/j

Pharmacie HAY KARAM

98, Bis Av. C Hay Karam

O.I. Sidi El Moussaoui

Tél : 0622 35 93 82

INPE : 092031046

DOCTEUR NAIMA FAHEM
OPHTHALMOLOGISTE
Bassma 1 Groupe 3 C18 N° 7
Ain Sebaa - CASABLANCA
Tél : 05 22 67 49 94

Pharmacie HAY KARAM Casa
98, Bis Av. C Hay Karam
O.I. Sidi El Moussaoui - Casa
Tél : 0622 35 93 82
INPE : 092031046

T = 172,00

42762C10MAR/0722

MA



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



3401320612403