

# 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

M23-0023191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....  
Nom & Prénom : BAUMZAIRIG Lahoucine  
Date de naissance : 02/07/1953  
Adresse : Lot Sidi Abderrahmane Rue 29 N°60  
Tél. : 0633529200 Total des frais engagés : 250+325 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13.03.2024

Nom et prénom du malade : BAUMZAIRIG Lahoucine 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 : CASABLANCA

Le : 13.03.2024

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
13/03/2024	C	—	250 dH	Dr. Rafik Hyass Ophtalmologiste Bureau d'Orthoptie 31, Rue de la Liberté, Casablanca

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MOTAHIDA 31, Rue de la Liberté, Casablanca	13/03/2024	325,-

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

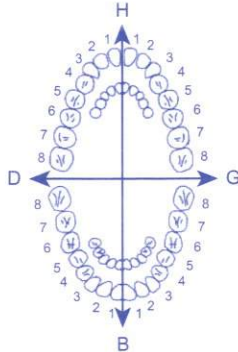
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

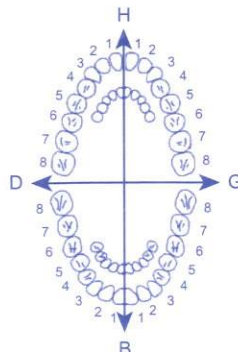
Important :

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	Coefficient DES TRAVAUX
	(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

**Dr RAFIK ILYASS**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**ADULTES ET ENFANTS**



**د. إلياس الرفيق**  
**طب و جراحة العيون**  
**للکبار و الصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd  
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خرج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ أغسطس

**OPHTALMED**  
**PPC**  
**99.00 DHS**

**Casablanca le**

**13 mars 2024**

**Mr BOUMZAIRIG Lahoucine**

**XAILIN wash**

1 lavage oculaire 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

**ZYLET collyre**

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours, dans les deux yeux

**HYE collyre**

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

**Dr. Rafik Ilyass**  
**Ophthalmologiste**

Place Bureau Lina 1er étage Bd Oued  
Daoura (Haj Fateh) Oulfa - Casablanca  
Tel : 05 22 46 42 57 - 05 22 68 04

LOT 0790723  
2025 07  
PPC DHS 109,00

للاستعمال في العين فقط.

Distribué au Maroc par Zenith Pharma  
PPV = 117,00 DHS

05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Le Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)  
عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح اللفة - الدار البيضاء (بالمصعد)