

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 055612

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

3585

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10538

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NOURIS ABDEL AZIZ

Date de naissance : 30/01/1967

Adresse : 680 lot nadj Fatma n°6 ouifa  
CASA

Tél. : 0661 62 2237

Total des frais engagés : 3300

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 26/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																	
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																	

Voir la facture du patient	Voir la facture du praticien
----------------------------	------------------------------

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : .....	Mle
DECLARATION N°		W18-339558	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-339558

DATE DE DEPOT

...../...../201...

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 10538	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Nom & Prénom		YOUSIF ABDEL AZIZ		
Fonction	SUP VOL	Phones 0661.62.2237		
Mail				
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient ABDEL AZIZ	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 53 ans		Date 12 FEV. 2020
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
vice de refraction		12 FEV. 2020		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Cs			Dr. BAKRIM Mohamed OPHTALMOLOGUE Maladies et Chirurgie des Yeux 25.000 d.a, 323 Rd. Oued Daoura NCA	
<b>PHARMACIE</b>		Date		
Montant de la facture				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date 22/02/20		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	
		3300 DH		

UNIVERSITY ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Bordj, Algérie  
031.12.12.12

# Dr Mohamed BAKRIM

Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

\* Traitement par Laser

\* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

\* Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

\* Membre de l'American Academy of ophtalmology



# الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة قصر البصر، العلاج بالليزر

الجلالة بدون تخدير، حوال البصر

عضو فعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية لأمراض العيون

Casablanca, le : 12.FEV.2020 : الدالبيضاء، في :

MOURID ABDELMAZIZ

$VL OD = (105^{\circ} - 1,00) + 1,25 \text{ sph}$

$OG = (85^{\circ} - 0,50) + 2,25 \text{ sph}$

✓ TA, corrigés; progressif

✓ P add ODG + 2,50 sph.

LUNETTES ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Bordj Boujafer  
Casablanca

Dr. BAKRIM Mohamed  
OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Place Chahdia, 323 Bd. Oued Daoura

2 NC



# نظارات إسلام

## LUNETTES ISLAM

184, Rue des Anglais Bhira JADIDA  
Casablanca

RC Casa 264242 - Patente : 30011275

ICE : 00547430000120

Facture N° 0004863

LUNETTES ISLAM  
184, Rue des Anglais  
Bhira Jadida  
Casablanca

Casablanca, le 22/02/20

M. MOUJID ABDELAZIZ Doit

Monture des Verres	Vision de loi	Vision de Près	Doubles foyers	Varilux
OLMA AN	OD OG	OD OG	OD OG	OD OG
Monture	Métal	Plastique	1000	
VL : - OD - OG	(101-1) + 1.25 (85-050) + 2.25		1150 1150	
Vp : - OD - OG				
ADD./	+ 2.50			
TOTAL	LUNETTES ISLAM 184, Rue des Anglais Bhira Jadida Casablanca		3300	

Arrêtée la présente facture à la somme de Trois mille Trois cents  
Dinars