

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

## Médecine 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 051661

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331 Société : 39LCA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARAH - ABDELAZIZ

Date de naissance :

10/71/54

Adresse :

BD. EL QUODS AMICALE ENNAKHIL

i.M. 1 APT 1 CASA

Tél. : 0662473354

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

Nom et prénom du malade :

EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

Lui-même       Conjoint       Enfant

Lien de parenté :

EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie :

EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

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.

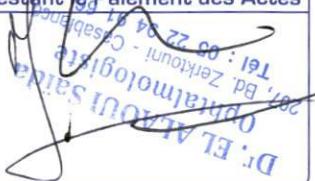
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

Signature de l'adhérent(e) : EL ALAMI La La Fatima Age: 31/8/57

Le : 27/6/2020

### RELEVE 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
27/07/2020	Consultation	0		
6/08/2020				
28/08/2020				

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/07/2020	87550

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

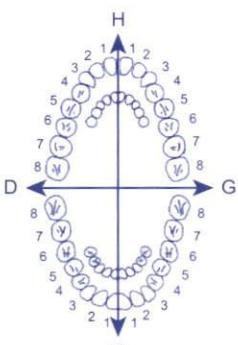
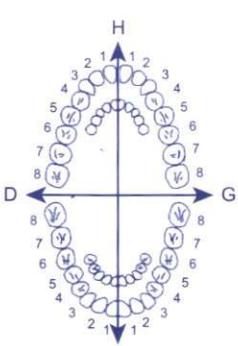
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saida EL ALAOUI**

**Ophthalmologiste**

Ancienne interne et attachée au  
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

**الدكتورة سعيدة العلوي**  
**طب العيون**

طبيبة سابقة بالمركز الإشتشفاني الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6

Casablanca, le samedi 27 juin 2020

230,00 Madame EL ALAMI Lalla Fatima

-- TRAVATAN

1 goutte, dans les deux yeux, pendant 3 mois

44,40 CELLUVISC

1 goutte à la demande → DANS LES DEUX YEUX 3 mois

- CLARTEC 10mg cp

1 comprimé, 1 fois/jour, le matin,

167,70 COVERSYL 10mg (Perindopril) cp

1 comprimé, 1 fois/jour, le matin, 3 MOIS

104,40 X2 TRUSOPT

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

12,50 X2 LOTEMAX

1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 1 MOIS

AMM Maroc N° 32 DMP/21/NNP ر.ن. المغرب رقم:  
PPV = 112,50 DH  
AMM Maroc N° 32 DMP/21/NNP ر.ن. المغرب رقم:  
PPV = 112,50 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M. N° 54/13 DMP/ 21/NCV  
PPV : 230 DHS

406151

167,70

167,70

02 2022  
PPV 104,40 DH

Dr. EL ALAOUI Saida

207, Bd. Zerkouni 3ème étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 94 91 66

207, Bd. Zerkouni 3ème étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 94 91 66

Rue 49 Lot. Omariya Mosquée Omariya

Hay Inara - Ain Chekk - Casablanca

Tel: 05 22 52 36 29

207, Bd. Zerkouni 3ème étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 94 91 66

E-mail : saidaelalaoui@yahoo.fr

875,50

875.50

MARNAUD LIAILIA CASABLANCA  
Rue 49 Lot. Oumaya Mosquée Omariy  
Ilay Indra - Ain Chack - Casablanca  
Tél.: 03 22 52 36 29