

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19- 059876

ND: 42502

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ELOUAHIDI Société : LAKBIR

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : ETRIETI

Nom & Prénom : HAYNOR Raz

Date de naissance : 29/04/46 CASABLANCA

Adresse : TL 0522 575872/06 50028260

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHALISSA FATHY Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 :

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
28/09/2020		5	250	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AYA MASJID HAY NOUR Bd Abdelkader Sahraoui Hay Ennour Rue 2 N°73 Sidi Othmane - Casa Tél : 05 22 59 44 55	28/09/2020	184,90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

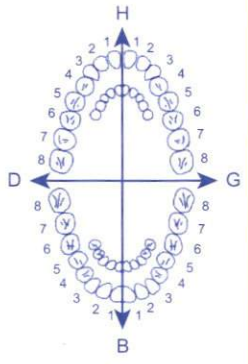
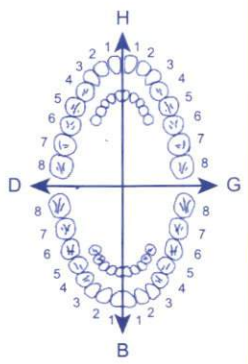
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 ÂATOUF ABDEL FETTAH

Ophthalmologiste

- \* Spécialiste de la Chirurgie et Maladies des yeux
- \* Ex Medecin Ophthalmologiste à l'Hopital 20 Août
- \* Ex Chef du Pol medical et chef du service d'Ophthalmologie à l'Hopital Sidi Othmane
- \* Membre de la Société Française d'Ophthalmologie



مركز أمراض و جراحة العيون

Centre de chirurgie et des maladies des yeux

الدكتور عاطوف عبد الفتاح

اختصاصي في أمراض  
وجراحة العيون

\* طبيب أمراض و جراحة العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

\* رئيس القطب الطبي ورئيس قسم أمراض و جراحة العيون

سابقا بمستشفى سيدي عثمان

\* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض و جراحة العيون

Casablanca le : 28 SEPT 2020 : الدار البيضاء في

Nom : FATHA KHALIL

28,80 - ARTELAC Collyre  
4x4

18,00 - ILMENIA Collyre  
4x4

98,10 - ILMENIA Collyre  
4x4

184,90 - ILMENIA Collyre  
4x4

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N°155/19/DM/PA

(S.V)

30 comprimés édulcorés stéables  
COSYREL 5mg/5mg  
O  
11800113066

(S.V)

(S.V)

PHARMACIE ALMA MASJID H  
Bd Abdelkader Saharaoui Hay Ennassr  
Rue 2 N°73 Sidi Othmane  
Tél : 05 22 59 44 55

ZENITH Pharma  
118001 270521  
PPV : 28,80 DH

276, شارع رضی اكدیره (النیل سابقا) قرية الجماعة قرب السينما المدنية فوق الشركة العامة المغربية للأبنك - الدار البيضاء

الهاتف / الفاكس : 05 22 57 58 59 / النقال ( المستعجلات ) : 06 61 18 94 79

276 , Bd Reda GUDIRA (Ex Nil) cité djamaâ à côté cinema AL MADANIA Casablanca

Tél / Fax : 05 22 57 58 59 / GSM : 06 61 18 94 79 ( Pour les Urgences )