

## 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

N° W19-558725

47399

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10124			
Société : Royal Air Maroc			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : SAHIR NAZAR			
Nom & Prénom : SAHIR NAZAR			
Date de naissance : 08/07/1975			
Adresse : 35, Rue Ait ourir opp. Casablanca			
Tél. : 06 61 19 19 95 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SAHIR NAZAR			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

15 NOV. 2020

MUPRAS  
ACCUEIL

### 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
15/07/2020	Consl	300,00 DHT	INP : 091093430	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

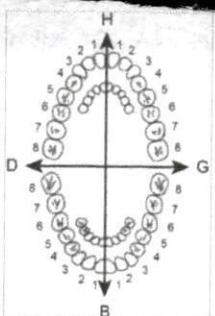
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/07/2020 echage		200,00 DHT

### AUXILIAIRES MEDICAUX

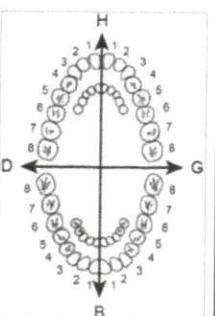
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS


DEBUT D'EXECUTION


FIN D'EXECUTION


COEFFICIENT DES TRAVAUX


MONTANTS DES SOINS


DATE DU DEVIS


DATE DE L'EXECUTION




# CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE - STÉRILITÉ

Docteur Saïd LAZRAK

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
Diplôme d'Etat de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplôme Universitaire Européen en Gynécologie  
(I.M. Clermont Ferrand) Colposcopie  
Hysteroscopie Pathologique Cervix Vaginale - Laser  
Diplôme Européen en Stérilité FIV  
(Université de Paris V Descartes - Toulouse)  
Montpellier (Centre) Membre Permanent  
de la Société Américaine de Fertilité Stérilité EX :  
Hôpital de Service de la Maternité de l'Hôpital  
Moulay Youssef - Casablanca

الدكتور سعيد الازراك

أخصائي في النساء والولادة  
دبلوم كلية الطب بباريس  
دكتور في أمراض النساء بالسلطنة  
الدكتور سلطان الكراولي سكريبي  
شهادة لجهاز المطابق علم الوراثة  
شهادة الطبي بباريس - برسليون ناجز - سرطان ورمي  
دكتور رئيسي لجهاز باسم المرأة  
دكتور سعيد الازراك بالدار البيضاء

Casablanca, M

البيضاء في

15-07-2020

## FACTURE

Nom patiente : Mme SAHIR NAWAL

CONSULTATION : 300 DH

ECHOGRAPHIE : 200.00 DH

Total : 500.00 DH

Docteur Saïd LAZRAK  
Spécialiste  
Gynécologie-obstétrique  
STÉRILITÉ  
29 Bd. Anfa - Casablanca  
Tel : 05 22 20 45 10

39. فارع أمن الشقيق 2 الشارع رقم 3 الدار البيضاء - تلفون الماد : 022 20 45 10 / 022 20 66 93 - اكس: 022 20 45 10 / 022 20 66 93 - Fax : 022 41 45 34  
1, Bd. d'Anfa 2ème Etage AppT. 3 ( Face Hôtel Al Kandia) - Casablanca - Tel : 05 22 20 45 10 / 05 22 20 66 93 - Fax : 022 41 45 34  
E-mail : [laazrak@free.fr](mailto:laazrak@free.fr) - [www.drlazrak.com](http://www.drlazrak.com) - [www.drlazrak.com](http://www.drlazrak.com)

