

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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° M20- 0002745

(51799)

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12316 Société : RAm

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chelati A. R. A. F.

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02745

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



## 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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



P 17/0056620

DATE DE DEPOT

/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 1234	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		CHERIFI GUARAF	
Fonction	Phones	0610614009	
Mail		ccuerifi@RoyalAirMaroc.com	
MEDECIN	Prénom du patient		ALIHANOU ASNAA
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 29/09/2020	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		afflt oulari	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C	1	20.00	
PHARMACIE	Date	29/07/2020	
Montant de la facture		20.00	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		CACHET	





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Dr. Abderrahmane RAISS**

Chirurgie de la Cataracte  
par Phacoémulsification  
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

**الدكتور الرايس عبد الرحمان**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

29 juillet 2020

**AIT HAMOU Asmaa**

20.00

**CORRECTOL**

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours

PHARMACIE SOULAIMA  
YOUSRA LAHBABI LAHLOU  
Rés «Les Jardins de Californie 2»  
Bd. de Fes Imm 1 Californie  
Casa. Tél: 05.22.21.98.94



**Correctol® 0,1%**

LOT 200522

EXT 02 2023

PPV 20 00

20,00

**COLLYRE**  
**Inosine**  
**monophosphate**

**Alcon®**

LABORATOIRES ALCON  
4, rue Henri Sainte-Claire Deville  
F-92563 RUEIL-MALMAISON CEDEX

Fabriqué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N° 1, 20180 Bouskoura - Maroc  
Sous licence Alcon

**Alcon®**

سوتھما  
Sothema

**Correctol® 0,1%**

**COLLYRE**  
**Inosine**  
**monophosphate**

**Alcon®**

**Correctol® 0,1%**



6 118000 020301

**CORRECTOL® 0,1% COLLYRE**

Voie locale  
**EN INSTILLATION OCULAIRE**  
**NE PAS INJECTER,**  
**NE PAS AVALER**

**INDICATIONS:**

Traitement d'appoint des  
troubles de la vision binoculaire  
en complément de la  
rééducation.

**COMPOSITION:**

Inosine phosphate  
disodique dihydraté ..... 0,1 g  
Gluconate de chlorhexidine,  
chlorure de sodium, eau purifiée  
..... q.s.p. 100 ml.  
Flacon compte-gouttes de 10 ml.

**Se reporter à la notice à  
l'intérieur de l'étui.**

A conserver à une température  
inférieure à 25°C.

Tout flacon entamé doit être  
utilisé dans les 15 jours.

**NE PAS LAISSER A LA  
PORTEE DES ENFANTS.**