

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïtal Ben Abdellah - 1<sup>er</sup> étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdellah - Quartier de Tharfa  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 35 (L6) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-515335

17727

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1050 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELAZRAK abdelRAKIM

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) : .....



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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



P 14/0039971

DATE DE DEPOT

20/12/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle	Signature de l'adherent	
Nom & Prénom			E. AZRAK ABDELK. M.		
Fonction		Phones	0662343962		
Mail					
MEDECIN	Prénom du patient			ABDELKEIM	
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age	70	
Nature de la maladie			Date 23.12.2019		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite		
Nature des actes			Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
Consultation spécialisée c2				2500dh	
PHARMACIE	Date			23.12.19	
Montant de la facture			633.80		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			Date		
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires			
		CACHET			
AUXILIAIRES MEDICAUX			Date		
Nombre			Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	883	
			CACHET		

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

DECLARATION N° P 14/0039971



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



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mr. ELAZRAK ABDELKRIM**

7800  
SERUM PHYSIOLOGIQUE/36

4040  
1 lavage 2 fois /j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

EXOCINE COLLYRE

2 gouttes 4 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 8 jours

15400  
CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 6 fois / jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

15400  
x3  
XALATAN: collyre

Mois

1 goutte par jour le soir à 21h, dans les deux yeux, pendant 3

Casablanca, le

23/12/2019

96. شارع 2 مارس. إقامة وليي العمارة أ. الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casabl

المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046



Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21.rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21.rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21.rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

CELLUVISC® 4mg/0.4ml  
Collyre en récipient unidose  
6 118001 030095  
PPV: 44DH40  
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV : 40DH40

Collyre en solution

Ofloxacine

0.3%

EXOCINE

ALLERGAN

-25%  
de plastique  
par lavage

100%  
carton  
recyclé

30.78.00

SÉRUM  
PHYSIOLOGIQUE

LAVAGE NASAL ET OPHTALMIQUE  
RINÇAGE DES PETITES PLAIES ET BRÛLURES