

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.

Pathologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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° M21- 0010604

6 26 72

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1541 Société : RAM
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bouhgaboul MALIKA
Date de naissance : 15/03/1954
Adresse : Hay ALYASSINE N°12 Rue 854 Hay ALYASSINE
Tél. : 0670120873 Total des frais engagés : 1600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 03/03/2019

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	Coefficient des															
				Montant des soins															
				Début d'exécution															
				Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000	G	00000000	00000000		35533411	11433553		Montant des soins	
	H																		
	25533412	21433552																	
00000000	00000000	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis																	
		Fin de																	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W17-138239	
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		



W17-138239

DATE DE DEPOT

09/03/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 1541
Nom & Prénom <u>Bout GAYOU MALIKA</u>			
Fonction : <u>Recevable</u>		Phones : <u>0670720873</u>	
Mail :			
MEDECIN	Prénom du patient <u>Boutgayant Malika</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>64</u>	Date <u>06/31/2021</u>	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
<u>Atteinte maculaire (ODD) (non maculaire)</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>CS</u>	<u>CS</u>	<u>AT</u>	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : <u>06/31/2021</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>OCT</u> <u>Maculaire</u>	<u>+ 1000 +</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Dr. Adnani Abdelhakim
 Ophtalmologiste
 25-11-2021
 06/31/2021
 Dr. Adnani Abdelhakim
 Ophtalmologiste
 25-11-2021

Docteur ADRAOUI Abdelâlme

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتور عدراوي عبد العليم
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- Chirurgie de cataracte «Phacoemulsification»
et Chirurgie refractive (Esaso / Lugano - Suisse)
- Topographie cornéenne - Contactologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie Rétinienne « Angiographie - OCT - Laser »
(Lariboisiere / Paris France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Membre de l'American Academy of Ophthalmology

- جراحة المياه البيضاء، الجلطة، وتصحيح النظر بالليزر
(دبلوم اسازو / لوكانو - سويسرا)
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية - تصوير أوعية الشبكية و الليزر «
(دبلوم لاريبوازيير / باريس فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

Inezgane , le 05/03/2021

Boutgagout MAÏKA

pour si P

OCT maculaire

Signature of Dr. Adraoui Abdelâlme
Stamp: ADRAOUI Abdelâlme
Ophtalmologist
Inezgane, Morocco
05 28 333 633

Docteur ADRAOUI Abdelâlime

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux ,



الدكتور عدراوي عبد العليم إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- Chirurgie de cataracte «Phacoemulsification»
et Chirurgie réfractive (Esaso / Lugano - Suisse)
- Topographie cornéenne - Contactologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie Rétinienne « Angiographie - OCT - Laser »
(Lariboisiere / Paris France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Membre de l'American Academy of Ophthalmology

- جراحة المياه البيضاء - الجلطة - وتصحيح النظر بالليزر
(ديلوم إسازو / لوكانو - سويسرا)
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية - تصوير أوعية الشبكية و الليزر
(ديلوم لاريبوزاير / باريس فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

Inezgane , le ____ / ____ / _____

06/03/2021

NOTE D'HONORAIRE

Nom : BOUTGAYOUT MALIKA

Je soussigné Dr ADRAOUI ABDELALIME , certifie avoir reçu de
Mme BOUTGAYOUT MALIKA, la somme de 1 000,00 MAD pour
les actes pratiqués :
OCT : 1000,00 Mad

Arrêtée la présente note honoraire à la somme de mille Dirhams

الدكتور عدراوي عبد العليم
Dr ADRAOUI Abdelâlime
Ophtalmologiste
Bd. Med V Imm Amanar
3ème Etage N°25 - Inezgane

Docteur ADRAOUI Abdelâlime

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux.



الدكتور عدراوي عبد العليم إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

- Chirurgie de cataracte «Phacoemulsification»
et Chirurgie refractive (Esaso / Lugano - Suisse)
- Topographie cornéenne - Contactologie
- Ophtalmologie Pédiatrique - Strabologie
- Pathologie Rétinienne « Angiographie - OCT - Laser »
(Lariboisiere / Paris France)

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie
Membre de l'American Academy of Ophthalmology

- جراحة المياه البيضاء - الجلطة - وتصحيح النظر بالليزر
(دبلوم إسازو / لوكانو - سويسرا)
- أمراض القرنية - العدسات اللاصقة
- طب العيون للأطفال - طب الحول
- علاج الأمراض الشبكية - تصوير أوعية الشبكية و الليزر
(دبلوم لاريبوازيير / باريس فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
عضو الجمعية الأمريكية لأمراض العيون

Inezgane , le 09/08/2021

Dr. Bout Gayane

09 maculau

00 = * trou maculaire en

00 = * Région de trou
maculaire en ph
↓ la dys
foc

الدكتور عدراوي عبد العليم
Dr. Adraoui Abdelâlime
OPHTALMOLOGISTE
Bv. Med V Imm. Amanar
3 éme Etage N°25 - Inezgane

شارع محمد الخامس - عمارة أمانار، الطابق 3 رقم 25 (أمام بلدية إنزكان) فوق مصرف المغرب - إنزكان
Bd. Med V, Imm Amanar, 3ème étage N° 25 (en Face de la Municipalité), au dessus
du Crédit du Maroc - Inezgane - Tél : 05 28 333 633 - Email : drabdelalime@gmail.com