

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

- 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.



Declaration de Maladie

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

82 18

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

HMANI SAID

Date de naissance :

03/10/1968

Adresse :

Lot 15, Hayessoum, 11020, Casablanca

Tél. :

0661 23 604

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/02/2021

Nom et prénom du malade :

ALAOUI ISSAM SAID

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

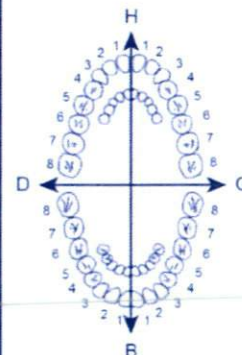
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/02/2021	US	1	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/02/22	425,70 dh

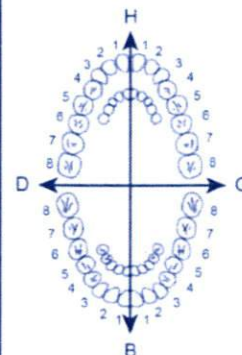
[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

* 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

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Professeur Laila RAIS



الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

le 18/02/2021

HER MEDIC
PPC
83.00 DHS

ALAOUI I SMAÏL : HOUDA

00.70

OPATANOL collyre 1 goutte x 2 par j - 1 mois

84.00 x 3

NAA BA K. S. K. collyre

S.V

1 goutte x 2 par j dans les

83.00

2 yeux pendant 2 mois

PHY LARM un. dose

1 lavage - 3 - fois par j -

Pendant 1 mois

425.70

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie
Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mly Driss 1er, Rés. Dar A
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23 / 51 GSM: 0522 86 41 23 / 51

ultation sup. rendez-vous :

Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3 ع مولاي إدريس الأول - طبق 3
blanca

05 22 86 41 23 / 51
il: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

Site web: www.pr.

NAABAK 4,90%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 101184
Distribué par COOPER PHARM - 41, rue Mohamed Drout, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anissa DAOUDI

NAABAK 4,90%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 101184
Distribué par COOPER PHARM - 41, rue Mohamed Drout, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anissa DAOUDI

NAABAK 4,90%
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH
6 118001 070442
Laboratoires Sotheima Bouskoura
Ophtalmol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NRP
PPV : 90,70 DHS
407252
Distribué par COOPER PHARM - 41, rue Mohamed Drout, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anissa DAOUDI

الموقع الإلكتروني