

## 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
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W19-578387

pa comen  
64394  
Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 903 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : n° Benhaddouch Lahcen

Date de naissance : 5/01/1943

Adresse : 22, Rue Jowad n°5 Agdal RABAT

Tél. : 0537775224 Total des frais engagés : 383,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHOAH  
Ex. Professeur d'Ophtalmologie  
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Benhaddouch Lahcen Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Entier

Nature de la maladie : oculaire

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 et j'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 2021/03/03  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacieur ou du Fournisseur	Date	Ex. de la facture Montant de la Facture
	12/3/21	1334=

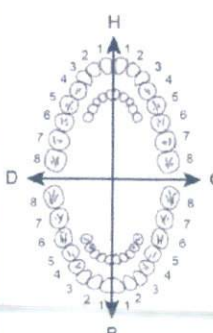
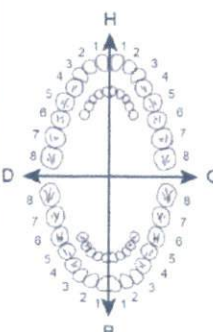
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <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> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. N. LAMDOUAR - BELLAKHDAR**

Professeur d'Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
Chirurgie réfractive



**الدكتورة نعمة المدور بلنضر**

استاذة في طب وجراحة العيون  
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le **12 mars 2021**

**Mr. BENHADDOUCH Lahcen**

**NAVI INFLA COLLYRE**

79.00

1 goutte 4 fois par jour , les deux yeux

**TOBRADEX POMMADE**

54.00

le soir pdt 5 jours  
puis 1soir sur 2 pdt 8 jours, les deux yeux



1334.00  
**Pharmacie AZ-ZAHRA**  
**Dr. Bensouda Mohammed**  
Cussama  
7 Bis. Av. Oued Roman, Hay Al Inbiat  
Sala - Tél./Fax : 05 37 80 71 00

**Dr. N. LAMDOUAR BELLAKHDAR**  
Ex. Professeur d'Ophtalmologie  
13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 77 17 18 / 05 37 77 32 32