

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.

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.

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 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- 0010426

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9165 14 Société : RADY
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DARKAZ UL Saïda
Date de naissance : 20/04/1966
Adresse : Hay Fath - N° 29 Casa
Tél. 0707 773298 Total des frais engagés : Dhs

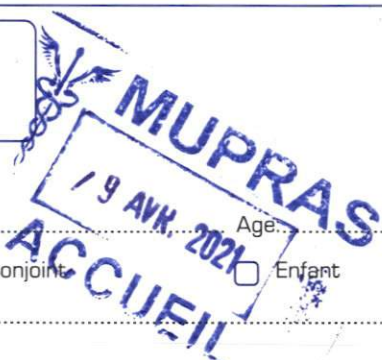
Cadre réservé au Médecin

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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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 travaux <input type="text"/>																				
			Montant des soins <input type="text"/>																				
			Début d'exécution <input type="text"/>																				
			Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
		Montant des soins <input type="text"/>																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																					
		Fin d'exécution <input type="text"/>																					
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																					

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N° P 14/0022765			
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			



P 14 / 22765

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 9165	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom DARKAOUI Saïda			
Fonction chef	Phones 0707773098		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient Nouad		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 20 ans	Date 21/01/2021	Date 1ère visite 21/01/2021
Nature de la maladie Affection oculaire			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes 21/01/2021			
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
		200,10 DH	
Dr. Mounir DAHREDDINE Ophtalmologiste Maladies et Chirurgie des Yeux 416, angle boulevard Mohammed VI Casablanca 20100 - Tél: 05 22 82 77 58			
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien 	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET 			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date 21. 1. 2021	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
Optic-Rahc Souk Ennadj Derb Ghaïet N° 550 (C) Tél: 05 22 99 22 35 - Casablanca			

RAHA OPTIQUE

نظارات الراحة

Souk Ennajd - Derb Ghallef
N° 550 - C - Casablanca
R.C.: 255652 - Patente: 34717551
Tél.: 05 22 99 22 35

سوق النجيد - درب غلف
رقم س 550 الدار البيضاء
س.ت. 34717551 البتانة 255852
الهاتف: 05 22 99 22 35



N° 01426

Casablanca, le 22 / 11 / 2021

M. Mouad HAIDY

Docteur M.: Mounir CHAREDDINE

Nom enclature N° :

OCUL 400

VISION DE LOIN

Oeil D : 40° cyl 2.25 SPH PL

Oeil G : 141° cyl 2.25 SPH +0.25

flou. v. et
flou. v. et

VISION DE PRES

Oeil D : cyl SPH

Oeil G : cyl SPH

DG : add

Verres : ORMA-AR 72

Monture : Optic-Raha

TOTAL :

Optic-Raha
Souk Ennajd Derb Ghallef N° 550 (C)
Tél: 05 22 99 22 35 - Casablanca

1600
1300
2800

Docteur Mounir DAHREDDINE

Diplômé de la faculté de médecine Paris 7 Diderot
Ancien assistant spécialiste des Hôpitaux de Paris
DU Pathologies et Chirurgie Rétino-Vitréenne
DU Imagerie et Pathologies Rétiniennes
DU Chirurgie Réfractive et Phaco-émulsification
DU Pathologies et Chirurgie Orbito-Palpébrale et Lacrymales

OPHTALMOLOGISTE
Maladies et chirurgie des yeux
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification, Chirurgie de la rétine, Laser argon, laser yag, Angiographie

le jeudi 21 janvier 2021

Monsieur Mouad HAIDY

- Une Monture :

OEIL DROIT : (-2,25 à 40°)

OEIL GAUCHE : +0,25 (-2,00 à 145°)

Verres Traités Anti-Reflets

Filtre anti-lumière bleue

Optic-Raha

Souk Ennadj Derb Chatter N° 550 (C)
Tél: 05 22 00 22 35 - Casablanca

Dr. Mounir DAHREDDINE
Ophtalmologiste
Maladies et Chirurgie des Yeux
416, Angle Boulevard Abdelmoumen
Boulevard Anoual Entrée A, App 10, 2ème étage
Casablanca - Tél.: 06 72 62 77 39