

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse :

- 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

Information : contact@mupras.com  
Demande 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.

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- 0010427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9/65 Société : RAVI 17684  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : DARRAKOUL Saïda  
Date de naissance : 20/04/66  
Adresse : Haj Fatma 5 NP 29. Cas.  
Tél. : 0707 773098 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) :

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<br>Traitées  | Nature<br>des soins                                  | Coefficient                | Coefficient<br>des travaux |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|--|--|--|----------------------------|----------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|--|--|
|  |  |  |                            | Montant des soins          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  |  |  |                            | Début d'exécution          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  |  |  |                            | Fin d'exécution            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  |  |  |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| O.D.F.<br>Prothèses dentaires  | Détermination du coefficient<br>masticatoire   |  | Coefficient<br>des travaux | Montant des soins          |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> |  | H                          |                            | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |
|  | H  |  |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  | 25533412   | 21433552   |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  | 00000000   | 00000000   |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| D  | G  |  |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| 00000000   | 00000000   |  |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| 35533411   | 11433553   |  |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| (Création, Remont, adjonction)<br>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |  |  | Date du devis              |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
|  |  |  | Fin d'exécution            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |
| Visa et cachet du praticien<br>attestant le devis  |  | Visa et cachet du praticien<br>attestant l'exécution |                            |                            |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |  |  |

| VOLET ADHERENT  | NOM :          | Mle                    |
|---|----------------|------------------------|
| DECLARATION N°  | P 14/0022763   | 9165                   |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes |
|   |                |                        |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois  |                |                        |
| est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |



P 14 /

22763

DATE DE DEPOT

/ / 201

|   |  |                                 |                         |
|---|--|---------------------------------|-------------------------|
| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |  | Mle 9165                        | Signature de l'adhérent |
| Nom & Prénom                                      |  | DARKAOUI Sarda                  |                         |
| Fonction  | veuf   | Phones 0707773098               |                         |
| Mail  |  |                                 |                         |
| MEDECIN   | Prénom du patient                            |                                 | HAIDY                   |
| Adhérent <input type="checkbox"/>                 | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age 54 ans              |
| Nature de la maladie                              |  | Date 21/01/2021                 |                         |
| Affection oculaire                                |  | Date 1ère visite 21/01/2021     |                         |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |  |                                 |                         |
| Dr. Mourir DAHREDDINE                             |  |                                 |                         |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient                          | Montant détaillé des honoraires |                         |
| CS  |  | Gratuit                         |                         |
| PHARMACIE   | Date   |                                 | 21/01/2021              |
| Montant de la facture                             |  |                                 |                         |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                          |  | Date                            |                         |
| Désignation des Coefficients                      |  | Montant détaillé des Honoraires |                         |
|   |  |                                 |                         |
| AUXILIAIRES MEDICAUX                              |  | Date                            |                         |
| Nombre  |  | Montant détaillé des Honoraires |                         |
| AM  | PC   | IM                              | IV                      |
|   |  |                                 |                         |

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

CACHET

CACHET

## 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

**Madame Saïda HAÏDY Née DARKAOU**

38,50 x 3,15,50

- SICCAFLUID gel opht 0,25 % : fl 10 g : dans les deux yeux  
Une goutte trois fois par jour pendant six mois.

- DEXAFREE unidoses : dans les deux yeux  
Une goutte trois fois par jour pendant une semaine.  
Puis  
Une goutte matin et soir pendant une semaine.

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

T = 152.60

PHARMACIE ANISSA  
312 Lot Zoubir  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 34 94

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 36,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 36,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 36,50 DH

DEXAFREE 1 mg/ml  
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

6 118001 102860

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

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

416 Angle Boulevard Abdelmoumen- Boulevard Anoual, Entrée A, App 10, 2ème étage, Casablanca  
Tél : 05 22 23 66 25 - 06 72 62 77 39 - Email : dahrnour70@hotmail.fr