

# 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- 0052615

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00647 Société : 71699

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHID SAPIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

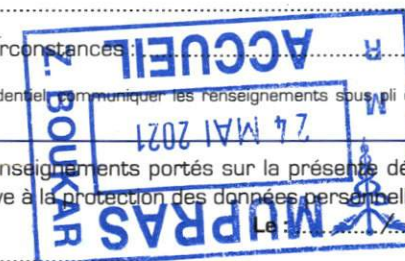
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin de																	

## VOLET ADHERENT

NOM : ..... Mle

DECLARATION N°

W18-344922

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



W18-344922

DATE DE DEPOT

...../...../201...

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 00667

Nom & Prénom

CHAHID SADIA

Fonction :

Phones :

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient

CHAHID SADIA

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

69 ans

Date

27 AVR 2021

Nature de la maladie

Affecton orale

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

5 mg 28 6 21/05/2021

25 05/14

## PHARMACIE

Date

27/05/21

Montant de la facture

342.60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# Docteur Wafaa REGRAGUI



الدكتورة وفاء ركراتي  
طبيبة اختصاصية  
في أمراض وجراحة العيون

SPÉCIALISTE EN MALADIE  
ET CHIRURGIE DES YEUX

Diplôme de la faculté de Médecine de Casablanca  
Diplôme de maladies inflammatoires et infectieuses  
de l'université de Paris VII  
EX. médecin ophtalmologiste à Hôpital du 20 août  
EX. médecin ophtalmologiste à Hôpital Sidi Othmane  
EX. médecin ophtalmologiste à Polyclinique CNSS  
Chirurgie de cataracte - Glaucome - strabisme  
Lentilles e contrat-Maladies de la rétine

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
دبلوم في تغذيات والتهابات العين من جامعة باريس VII  
طبيبة العيون سابقة بمستشفى 20 غشت  
طبيبة العيون سابقة بمستشفى مولاي رشيد  
طبيبة العيون سابقة بمصحة الضمان الإجتماعي  
جراحة الجلالة - ضغط العين - طب الحول  
مسالك الدموع - العدسات اللاصقة - أمراض الشبكية

لا تغيير لتاريخ الفحص  
27 avril 2021  
Casablanca, le

Mme CHAHID SADIA

1/ XAILIN HA

1 gtt x 3/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ ICOMB: collyre

1 goutte x 3/j, dans les deux yeux, pendant 10 jours

**أيكومب®**  
**Icomb®**

Lot: 000 51  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

PPV: 30 DH 30

**أيكومب®**  
**Icomb®**

Lot: 000 51  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

PPV: 30 DH 30

**OPHTALMED**  
**PFC**  
**94.00 DHS**

**OPHTALMED**  
**PPC**  
**94.00 DHS**



CPHTALMED  
PPC  
94.00 DHS

21/05/2021

14200

CS  
VL  
ML