

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

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° M21- 072718

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0355 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

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



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.

Reéducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducation.
- 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 Reclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@munpras.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



Déclaration de Maladie

N° W19-599528

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0355 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : KARIMOUR Ahmed
 Date de naissance : 01/01/1943
 Adresse : Rue 3 IBRAHIM BEN Abalellah AQOUY
 Village Val d'ouja - Caraplaissance - Cas
 Tel : 0522360887 Total des frais engagés : 250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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) :



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
07/07/2021	cs	1	2500	INF 091093450

25 Apr

091093450

Dr Samiya LAZRAK B.
OPHTHALMOLOGISTE
2 rue Boukhar CASABLANCA
Tel 0322.46.38.87.89

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sidi Soufi Mme HASNAOUI Asma 171. Rue Boukraf, Casablanca Tél.: 0522 7702 96 Patente: 35307475	07/07/21	21300

Pharmacie Sidi Soufi
Mme HASNAOUI Asma
171, Rue Boukraf, Casablanca
Tél. : 0522 802 96
Patente : 3507475

07/07/21

21300

[illegible]

Gachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Designation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre		
AM	PC	II

Montant detaille des Honoraires	
------------------------------------	--

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

à retourner à : Direction Régionale de l'Éducation, de la Jeunesse et des Sports - 10, rue de la République - 92000 NANTERRE

Important :

Le relevé des frais et honoraires doit être rempli par le dentiste ou le prothésiste dentaire, à l'exception des cas où le patient est inscrit à la carte d'allocataire de l'État.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant
				COEFFICIENT
				TRAVAUX
				MONTANTS
				DESSOINS
				DATE DU
				DEVIS
				DATE DE
				L'EXÉCUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Montant
				COEFFICIENT
				TRAVAUX
				MONTANTS
				DESSOINS
				DATE DU
				DEVIS
				DATE DE
				L'EXÉCUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

important.

Dents
Traitees

[illegible]

Coefficient

INP: _____

A blank Cartesian coordinate system with x and y axes. The x-axis is horizontal and the y-axis is vertical, intersecting at the origin. Both axes have arrows at their ends. There are no tick marks or labels on the axes.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Creation, remont, adjonction)

COEFFICIENT
DE STRAINING

MOUNTAINS
OF SLOVINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براجدة

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبليي
حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون
رئيسة مصلحة طب العيون
بمستشفى سيدي الصوفي سابقا

Casablanca, le

07/07/2021

Pharmacie Sidi Soufi
4me HASNAOUI Asma
11 Rue Boukrâa Casablanca
Tél: 05 22 48 36 86
Porteur: 45 402 475

Kazkouni AE

Navir AE

8000

OD

4's



LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

17th 4

liposic

4's

Hye

4's

pharma
Mme H
11. Rue



05 22 48 36 89 : الفاكس : 05 22 48 36 86 : الهاتف - الدار البيضاء - شق 6 - إقامة حسان حاسم الطابق الثاني - شق رقم 6

175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam JESSIR
Appt N° 6 (en face de l'Hopital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax: 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

21300