

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 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

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

87983 N° M21- 074351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1224 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HDOUCHE AHMED

Date de naissance : 27.6.1948

Adresse : 60 - RUE IBNOU HALAQA RES. KENZA
BOUR GOGNE CASABLANCA

Tél. : 06 66 80 12 25 Total des frais engagés : 324,08 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ABADAN TOURIA Age : 67 ans

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 : CASABLANCA Le : 17 / 9 / 2021

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE EL AV
100, Bd Mohammed VI
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 22

12/08/2021

32400

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des
Coefficients

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature
du Praticien

Date des
Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

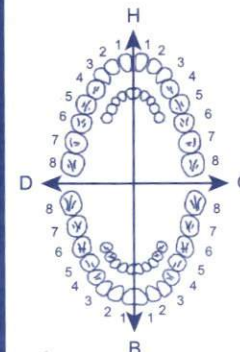
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

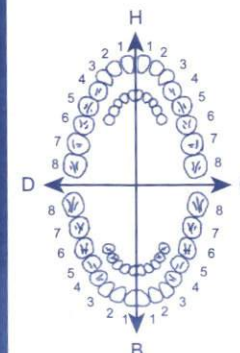
MONTANTS
DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



الأستاذة ليلى الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون و عيون الأطفال
استاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

17 septembre 2021

Mme ABADAN Touria

MASQUE OCULAIRE CHAUFFANT OU COMPRESSES CHAUDES

1 application avec massage des bord libres des paupières pendant 6 mois

HYFRESH UNIDOSE

1 goutte, 4 fois par jour, dans les deux yeux pendant 6 mois

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

P.P.C : 128 DH 00

NAVILIPO COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux

XAILIN NIGHT

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

RIMA PHARMA

PVC : 98,00

rende Oogzalf
ntelijke ver-
droge og-
ter cons

uent Off
liorează
ția de c
conserv

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

Prof. Laila Rais
Spécialiste

Adulte et Pédiatrique
120, Bd Mily Driss 1er, Rés. Dar Mily Driss
Casablanca
Tél: 0522 86 41 23/51 Gsm: 0619 28 36 31

Consultation sur rendez-vous

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} étage - Casablanca
الفحص بالموعد : إقامة دار مولاي إدريس، 120 شارع مولاي إدريس الأول - طابق 3 - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18 : المحمول

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الموقع الإلكتروني: www.prlailarais.ma

Casablanca - Tél. 0 27 27 27 27
100, Bd Med El Meknassi, BORDJ
Mme DAONDI
PHARMACIE DELAVENIR

FACTURE N° 24

LE 17-08-2020
M^{me} ABADAN Touria

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
1	Polysol 0.5L composé	1	1500
1	HYPEREST unidose	1	12800
1	MAVILIP 0.5L	1	9800
1	XALIN Night	1	8300
TOTAL			32400
PHARMACIE DELAVENIR Mme DAONDI 100, Bd Med El Meknassi, BORDJ Casablanca - Tél. 05-22-27-22-31			