

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Ophtalmologie 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.

## Education :

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.

Le 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 067281

101508

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7887

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : SABBAGH TAMOU

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : Resid. EL WAFI 04 TMM 44 APP N° 10  
OLFA (WIAM) CASABLANCA

Tél. : 06 75 47 10 30 Total des frais engagés : 10337 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) : .....

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-67281

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7887

Nom de l'adhérent(e) : SABBAGH T

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### RELEVE 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 HAY EL 232 BD OUED SBOU 0522911731 CASABLANCA TEL: 0522320020 INSP: 0922320020	03/01/2022	103,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

18270

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Dr. Ait Moulay Latifa**  
Ophtalmologiste



الدكتورة ايت مولاي لطيفة

طبية أخصائية في أمراض و جراحة العيون

الوقاية في رأي 1، قامة 65 ! جزءة آية، الطابق

الثالث، مكتب رقم 7 ، الالفة، الدار البيضاء،

الهاتف: ٠٥٢٢٦٥٨٤٨٨ - النقال: ٠٩٨٢٨٧ - ٠٦٢٣٩٨٨٢

Al Wiffaq Ferrara1, Lot N° 65, Résidence Aya,  
3 ème Étage, Bureau N°7, Oulfa, Casablanca  
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

Casablanca le 03 janvier 2022

Mme SABBAGH Tamou

89,00

### 1/ XAILIN WASH (À CONSERVER AU RÉFRIGÉRATEUR)

OPHTALMED  
PPC  
89.00 DHS

**lavage oculaire plusieurs fois par jour, dans les deux yeux**

14,70

**2/compresses stériles**

PHARMACIE HAY EL WIAM  
25280 QUED SEBOU OULEFA  
CASABLANCA Tél: 05 22 91 17  
INPE: 0920 30 949

**Dr. Ait Moulay Latifa**  
Optalmologiste  
Al Wifan Fertara 1, Lot N° 65, Residence  
Aya, 3 ème Etage, Bld N° 7, Oula - Casablanca  
Tel: 05 22 65 84 88 - Gsm: 06 23 98 02 87



## Compresses de gaze stériles



**Les compresses Urgo ont été particulièrement étudiées pour le nettoyage et la protection des plaies.**

- Très absorbantes, elles sont composées de gaze hydrophile 100% coton.
- Stériles, elles sont conservées dans des sachets pelables.

### **Conseils d'utilisation :**

- Ouvrir le sachet sans toucher la compresse pour qu'elle conserve sa caractéristique stérile.
- Nettoyer la plaie à l'aide d'une compresse sèche ou imprégnée de sérum physiologique.
- Si nécessaire, badigeonner la plaie avec une compresse imprégnée d'une solution antiseptique liquide ou autre principe actif.

### **Conservation :**

- Conserver dans un endroit sec à l'abri de la lumière et de la chaleur.

### **Mise en garde :**

- La réutilisation d'un produit à usage unique peut provoquer des risques d'infection.

**Sterifil S.A.**



**Siège social/Site de production :** Douar Lkhdara, Route Provinciale 3005, Km 6.5, Commune Sahel Had Soualem, Berrechid.

**Siège administratif :** Lotissement Taoufik, Rue 1, Espace Sans Pareil, Sidi Maârouf, 20270, Casablanca - MAROC.

Tél: +212 (0)522-975-597 - [sterifil@sterifil.com](mailto:sterifil@sterifil.com)

Certificat d'enregistrement n°2464/2016/DMP/20/DM du 30/09/2016