

# 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.

## 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

N° M21- 080601

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23 93 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : LAAROUS Fatima

Date de naissance : 12.11.1941 Casa

Adresse : 4, R. Dan Lepouloudi n°128 avenue Maat Casa

Tél. : 0566.81.9452 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11 MAI 2022

Nom & prénom du malade : LAAROUS Fatima Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : conjonctivite

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

### 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
MAI 2022	VF + F	1	300,-	<b>Dr. SERRHINI Azzeddine</b> OPHTALMOLOGISTE 110, Rue Abou Abdellah Nel Madinat - CASABLANCA Tél. 23.1323 / 99.44.33

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Pharmacie Argane</b> Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 199 Bd Bourdeaux - Casablanca Tél. 05 22 49 21 71 / 72 - Fax 05 22 26 18 18	Mars 2018	70,10
<b>092010982</b>		

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

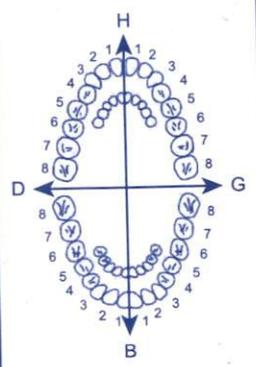
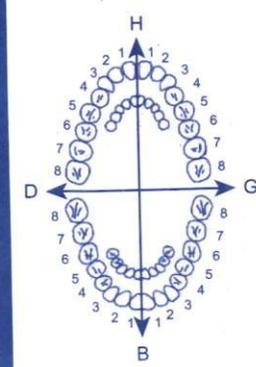
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	B														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

Dr. Azzeddine SERRHINI

Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des yeux

Diplômé des Universités de Paris VI & XII

Ancien Assistant des Hôpitaux de paris

Angiographie - Laser - Cataracte par phacoemulsification

Chirurgie vitréo - rétinienne

الدكتور عز الدين السرعيني

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بباريس

طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس

جراحة "الجلالة"

ليزر - جراحة الشبكية

Casablanca, le 11/01/2022

Pharmacie Argane  
Nezha El Aoud  
Docteur en Pharmacie  
199 Bd Bourdeaux - Casablanca  
Tel: 05 22 49 21 71 - Fax: 05 22 26 19 18

LAROUS Falis

5660

1) Saphel

18,50

2) Stilnox

75110

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V : 560H60  
LOT : 21E0005  
PER : 09/2025  
6 118000 061465



101220192 1  
1850  
PV 18 NO



SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
19, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maarif - CASABLANCA  
N° 22.13.23 6 22.26.35

DATE: 11/01/22  
N° ORDONNANCIER: 1850  
Pharmacie Argane  
Nezha El Aoud