

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 071247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10526 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 448372
Nom & Prénom : KAIMEZ-ABDELLAH
Date de naissance : 20-05-1974
Adresse : Box n°16 EL ALA HAY EL OULFA Casablanca
Tél. : 06.62.33.91.30 Total des frais engagés : 61,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ait Moulay Latifa
Ophtalmologiste
A Wiffag Ferrara 1, Lot N° 65, Residence
Aya 3ème Etage, Bureau N°7, Oulla - Casablanca
Tél: 05 22 65 84 88 - Csm : 06 23 98 82 87

INPE
091032508

Date de consultation : 26/01/2023
Nom et prénom du malade : KAIMEZ ABDELLAH Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Injection mbe-mhéme
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 : 27/01/2023
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
26/10/23		CN 56		Dr. Ait Moulay Essad Ophtalmologiste Al Madinat Fakhra 1, Loc 155, Résidence Ave. 3ème Etage, Bureaux N° 7, 04 - Casablanca Tél: 05 22 66 84 88 - Gsm: 06 23 88 82 87

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI
56, Boulevard Oued Sebou
Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca

26/11/23 66,20

INPE
092051952

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
		A M	P C	I M	I V	

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 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H															
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

Dr. Ait Moulay Latifa

Ophthlalmologiste



الدكتورة أيت مولاي لطيفة

طبيبة اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

Al Wiffaq Ferrara 1. Lot N° 65. Résidence Aya.

3ème Etage. Bureau N°7. Oulfa, Casablanca

Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

الوفاق فيرا 1. تجزئة 65 إقامة آية. الطابق

الثالث. مكتب رقم 7. الألفة الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 65 84 88 - النقال : 06 23 98 82 87

26/04/23

N° Kaïmet Abdelhak



1) CILOXAN collyre
N° 190
20.80

2) FRAKIDEX pom
N° 6215

3) suppl de sv
N° 66170

**PHARMACIE SALAHEDDINE
SELMA HASSOUNI**
756, Boulevard Oued Sebou
Tél : 05 22 90 50 06 - Casablanca



Dr. Ait Moulay Latifa
Ophthlalmologiste
Al Wiffaq Ferrara Lot. N° 65
Résidence Aya 3ème Etage
Bureau N° 7 Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 65 84 88 - Gsm : 06 23 98 82 87

FRAKIDEX Pom. Ophtha. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 DHS
A.M.M N°30/19/DMP/21/NRQDNM