

## 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- 0060511

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9253 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAABARTIA ABDELOUAHAD  
Date de naissance : 06-01-63  
Adresse : Lot Maoulane N° 1462 M'hamed Maoulane  
Tél : 0678844016 Total des frais engagés : 3200 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 18/12/2023  
Nom et prénom du malade : BAHY FATIHA Age : 14  
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 : Maoulane Le : 18/12/2023  
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
18/12/23		CS	2000.00	Dr. Zaki MABROUKI Spécialiste des Maladies de la Cavité buccale Gu. 17 Tél. 09 69 92 41 20

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

### 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	

18/12/23

3000.00

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

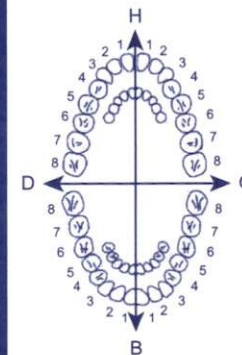
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

#### 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	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

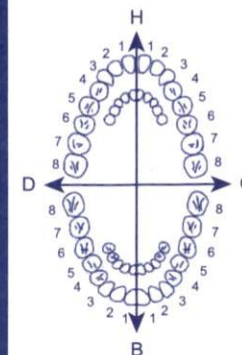
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ZAKI MABROUKI

Ophthalmologie

Membre de la Société Française d'ophtalmologie  
Ancien Médecin à l'Hôpital 20 Août - Casablanca

CHIRURGIE AU LASER



الدكتور زكي مبروكي

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون  
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

الجراحة بأشعة الليزر

مراكش، في : 18.12.23

Marrakech, le :

071045897

Bahy Fatiha

lunettes Pour VL+VD

OD: + 1.50

OG: + 2.00

ADD: + 2.50

Verrres + x y an faire

LA MOHAMED OPTIQUE  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
127 Av. Med V - Imm. Gidel Guéliz  
Marrakech - Tél. 05 24 43 21 20

Dr. Zaki MABROUKI  
Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux  
127 Av. Med V - Imm. Gidel Guéliz  
Marrakech - Tél. 05 24 43 21 20

# Alia Mohamed

Optique Optométriste

Date: 18/12/23

Facture N° 001110

Nom et Prénom : Bahy Fatima

Correction: OD: + 1.50

OG: + 2.00

Add: + 2.50

Désignation	Quantité	Prix Total (DH)
Verres: <i>Dr + 1.50</i>	2	1800
Montures: <i>opt. pl. 1</i>	1	1200
Total (DH)		3000

Arrêter la présente facture à la somme de :

Trois mille  
divers

IND. 0075013300