

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



**Déclaration de Maladie : N° P19- 0012288**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : Kourte KHADIJA Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : 10094 Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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) : .....

### 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.

**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**

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0012288

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



### 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 |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

VOLET ADHERENT

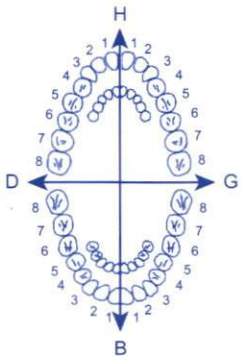
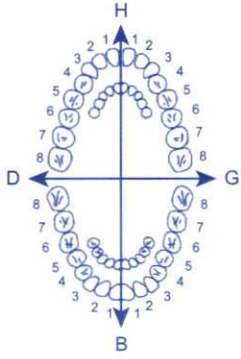
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |                    |  |
|---|---|------------------|-------------|-------------------------|--------------------|--|
|    |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         | MONTANTS DES SOINS |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
|   |   |                  |             |                         |                    |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> </div> </div> <p>B</p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | 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



# SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées   | Nature<br>des soins | Coefficient   | Coefficient des<br>Montant des soins | Début d'exécution | Fin d'exécution |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|--|---|---------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|--|--|--|-------------------|--|
|  |   |                     |               |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|  |   |                     |               |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|  |   |                     |               |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|  |   |                     |               |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
| <b>O.D.F.</b><br>Prothèses dentaires                   | Détermination du coefficient masticatoire   |                     |               | Coefficient des travaux              |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                     | H             |                                      | G                 |                 | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |  |  |  | Montant des soins |  |
|  | H   |                     | G             |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
|  | 25533412  | 21433552            | 00000000      | 00000000                             |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
| 00000000   | 00000000  | 00000000            | 00000000      |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
| 35533411   | 11433553  |                     |               |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
| (Création, Remont, adjonction)                         |   |                     | Date du devis |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |
| Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                     | Fin de        |                                      |                   |                 |          |          |          |          |          |          |          |          |          |          |  |  |  |                   |  |

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution



W18-394652

DATE DE DEPOT

...../...../201...

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT  |                                 | Mle 10094                       | Signature de l'adhérent |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
|---|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------|----|----|----|----|--|--|--|--|--|
| Nom & Prénom  |                                 | KOUBTEKHISA                     |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Fonction : .....  |                                 | Phones.....                     |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Mail .....  |                                 |                                 |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| MEDECIN   |                                 | Prénom du patient               | KOUBTEKHISA             |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Adhèrent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>   |                                 | Age                             | Date                    |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Nature de la maladie  |                                 | Date 1ère visite                |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| PRESBYTIE   |                                 | 22 AVR. 2019                    |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances   |                                 | ACQUIEL                         |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Nature des actes  | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des honoraires |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| consultation  | 1                               | 250,00                          |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| PHARMACIE   |                                 | Date                            | 12/03/2019              |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Montant de la facture   |                                 | 270,00                          |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES  |                                 | Date : .....                    | CACHET                  |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| Désignation des Coefficients  | Montant détaillé des Honoraires |                                 |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                                 | Date : .....                    | CACHET                  |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| <table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                                 | Nombre                          |                         |                                 |  | Montant détaillé des Honoraires | AM | PC | IM | IV |  |  |  |  |  |
| Nombre  |                                 |                                 |                         | Montant détaillé des Honoraires |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
| AM  | PC                              | IM                              | IV                      |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |
|   |                                 |                                 |                         |                                 |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohammed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بليج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mme KOURTE KHADIJA**

EOLEDUAL COLLYRE

1 Goutte 4 fois par jour , les deux yeux, 3 Mois



270,00



الدكتور محمد علي بنعبد الرازق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Mohammed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Résidence Walili  
Imm. A N° 6  
Casablanca

PPC: 135,00

LOT E 01 18  
11/2021

PPC: 135,00

LOT E 01 18  
11/2021

Casablanca, le 12/03/2019