

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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.

## Prothèse 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0401 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NORREDINE SAID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 28 54 94 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 donnés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

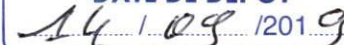
Le : / /





<b>SOINS ET PROTHESES DENTAIRES</b>																
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 canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
<p><b>DROITE</b>      <b>GAUCHE</b></p> <p><b>HAUT</b>      <b>BAS</b></p>				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>  <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>  <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>  <b>Date du devis</b> <input type="text"/>  <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<p><b>DROITE</b>      <b>GAUCHE</b></p> <p><b>HAUT</b>      <b>BAS</b></p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D ————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
D ————— G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
Visa et cachet du praticien attestant <u>le devis</u>		Visa et cachet du praticien attestant <u>l'exécution</u>														

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM : <i>NOUAREBINE Said</i>	Mle <i>0404</i>
<b>DECLARATION N°</b>		<b>P 17 / 040488</b>	 <b>MUPRAS</b> Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
	<i>2274,10</i>	<i>2</i>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0402	
Nom & Prénom NORREDINE Saïd		Signature de l'adhérent	
Fonction Retraité	Phones 0522385494		
Mail norredinesaid@yahoo.fr			
MEDECIN	Prénom du patient NORREDINE DOHA		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/>	Age 24 ans	Date 14/09/2019	
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Asthme sévère (Curettes)			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
14/09/2019	5	200 DT	
PHARMACIE	Date 17/09/2019		
Montant de la facture	de: 14.09.2019 2020,- 54,10 dt		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	



Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie



الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

اللايزر

Casa le : .....

14 Septembre 2019

Mlle NOREDDINE Doha

Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Organiques Antireflets

OD = + 0.25

OG = + 0.25 (- 0.25 à 121°)

PHARMACIE AL ANDALOUSSIA  
126 (Ex 41) Rue Dom Perignon  
France Ville II - Casablanca  
Tél: 05 22 93 06 93

54, 202m

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, les deux yeux, 1 Mois

54, 202m

KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
404, Av. Abdelhak El-Mechaieq  
Tél: 0522 28 70 77 Fax: 0522 80 13 56

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV: 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

Dr. BOUKSIM  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus  
Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 91 41 11

Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N°5 Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 91 41 11

# KADER OPTIQUE

404, Av. Abdellah Senhaji

Idrissia 1 - Casablanca

Tél. : 05 22 28 70 73

Fax : 05 22 80 18 36

Patente : 33664052

C.N.S.S : 23561145

R.C. : : 20 47 88

IF : 02520198

ICE : 001823017000027

INP : 095004081

FACTURE

N° 0002585

Casablanca, le

M

17/09/2019  
NOREDDINE DOHA

O.D. = ..... ADD. = .....

O.G. = ..... ADD. = .....

Ordonnance du docteur

Boviesin

NRS de nomenclature correspondants à la prescription	Loin {		Prés {		D.F. {	
	O.D. =	O.G. =	O.D. =	O.G. =	O.D. =	O.G. =
	102	192				

FOURNITURE :

Montures :

Verres :

TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille vingt

KADER OPTIQUE  
OPTICIENNE - OPTOMETRIE  
404, Av. Abdellah Senhaji, Idrissia 1  
Tél. : 05 22 28 70 73 - Fax : 05 22 80 18 36 - Casablanca