

# 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.

## Éducation :

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  
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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0029561

W 18-399 093

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3230 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : ELIMAM EL ACHAOUI Abdelaziz  
Date de naissance : 01.02.1947  
Adresse : 236 Bd Mohamed V CASA  
Tél. : 0618873188 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....  
Nom et prénom du malade : ELIMAM EL ACHAOUI Abdelaziz 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) : [Signature]

# 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

PHARMACIE CANADA  
MILLOU NABIL Loubna  
Pharmacie Casablanca, Lot N° 17  
Bordj 25 N° 27-28 Casablanca  
Tél: 022 49 46 44

12/09/19      769.80

# 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

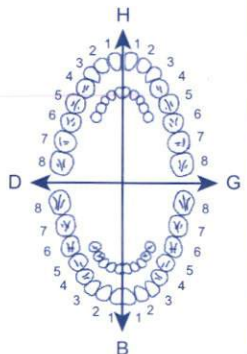
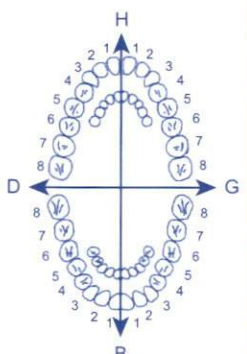
A M      P C      I M      I V


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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



# SOINS ET PROTHESES 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 Traquées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
<b>ODF</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00003000 00003000 11433553		Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis
				Fin de

<b>VOLET ADHERENT</b>		NOM	Mlle
DECLARATION N°	W18-399093		
Date de Dépôt	Montant engagé	N° de pièces jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.			



W18-399093

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mlle
Nom & Prénom <b>ELIMAN ALAOU ABDELATIF</b>		
Fonction :	Phones :	
Mail :		
<b>MEDICIN</b>	Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date	
Nature de la maladie	Date de la visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>	Date	
Montant de la facture		
<b>ANALYSE RADIOGRAPHIE</b>		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date		
Montant de la facture		

H= P19-0029561

## الدكتور بن كيران

Diplômé de la Faculté de  
Montpellier  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Membre de la Société Française  
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41  
C. : 05 22 20 10 15



الهاتف: عيادة: 05 22 22 15 41  
05 22 20 10 15

Casablanca, le : 12/01/2019

u' EL INAN ALI ALI ALI ALI

✓ program on 2 vac

VL ON VW

$$OC + 0,10$$

✓ 100 ml + 3

+ Nuclei  
cont of the

84.00

- Nach Ball C. liegen

$$44,40 \times 2 = 88,80 \times 31$$

Cellular by us

$$96.40 \times 3 = 289.20$$

$0.40 \times 3 = 1.20$

$$10 \times 3 = 162.30$$

Laurel 11/11/11

$$150,000 \times 2 =$$

$300 \text{ pol} + 6 \text{ cm} = 9 \text{ cm}$

$$18.50 \times 3 = 55.50$$
 ~~$8, \text{Soa}3 = 5515$~~  fight again

PHARMACIE CANADA  
L. LOUBNA L. LOUBNA  
L'Assurance Médicale  
Rue 35, N° 17 - Casablanca  
Tel: 0539.45 44

Docteur BEKIRAGA *Prac*  
Ophtalmologue  
Tel: 0522 20 10 15

N. Beal



# Optique Douskati

# نظارات دوسكاتي

## Souk Ennajd Derb Ghallef N° 1 - Casablanca

سوق النجد درب غلف رقم 1 - البيضاء

FACTURE

Patente : 34712750

Casa le

N° 0006476



NOM :

ELIMAM ALAOUI

PRENOM :

ABDELAZIZ

DOCTEUR

M. M. BENK. BANE

PRIX

OD : AXE

CYL

SPH

Monture

10000

OG : AXE

CYL

SPH

+0.5

10000

OD : AXE

CYL

SPH

OG : AXE

CYL

SPH

Verres

Monture

Facture Arrêtée à la somme de :

10000

3000

ELIMAM

3230

Nabak.

(1)

NAABAK 4.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

6 118001 101184

CELLUVISC® 4mg/0.4ml  
Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

CELLUVISC® 4mg/0.4ml  
Collyre en récipient unidose

6 118001 030095

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PPV: 44DH40

(2)

EXP 01 2020  
20,40

PPV 26 40  
26,40

PPV 26 40  
26,40

Tobex

(3)

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

6 118001 100651

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

6 118001 100651

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

6 118001 100651

(3)

25 78  
150,00  
150DH

25 78  
150,00  
150DH

Hilo comob

(2)

EXP 01 2020  
18,50  
PPV 18 50

EXP 10 2020  
PPV: 18.50DH

EXP 01 2020  
18,50  
PPV 18 50

Sophthal

Sophthal

(3)