

# 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.

## Diagnostique 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 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° P19-0019779

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : EL ALAOUI BAHJA  
Nom & Prénom : SKALI FAROUK Date de naissance : 1976  
Adresse : FARAH SALAM Résidence AL HAMD CASTA  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/10/2019  
Nom et prénom du malade : SKALI BAHJA  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection durable  
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) :



### 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
25/10/19	3		300 DM	

Professeur en Ophtalmologie  
à 76 Boulevard Koutoubia  
Téléphone : 0522 39 46 00

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/10/19

38,90

### 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

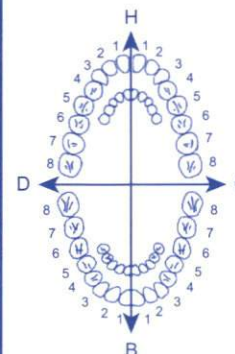
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

#### SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

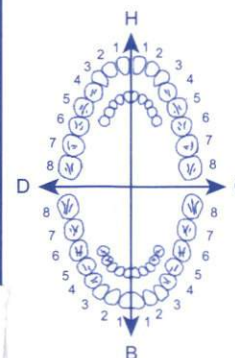
#### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

#### 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

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attachée au CHU de Nantes (France)

Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spatiale

# الأستاذة لعويصي . ن

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية  
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر  
جراحة الحول

Casablanca, le :

25-10-019

SKACLI Batif

38,90

Acular

S.V

1 gte x 4 x 7

Composition pour 100 ml :  
Kétorolac trométhamine.....0.5 g  
Excipients : Chlorure de benzalkonium,  
chlorure de sodium, édétate de  
sodium, polyéthol, hydroxyde de  
sodium ou acide chlorhydrique (pour  
ajuster le pH), eau purifiée  
Excipient à effet notoire : Chlorure  
de benzalkonium

سواغ أو تأثير معروف: كلورور البنزلكونيم  
Lire la notice avant utilisation.

المرجو قراءة النشرة قبل الاستعمال  
Voie oculaire

عن طريق العين  
A utiliser dans les 15 jours après  
ouverture du flacon

يستعمل خلال 15 يوما بعد فتح الفينة  
A conserver à une température ne  
dépassant pas 25°C

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25°C  
NE PAS LAISSER À LA PORTEE  
DES ENFANTS.

لا يترك في متناول الأطفال  
Médicament autorisé N°208/12  
DMP/21/NTT

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعات المحددة

Tableau A جدول أ

60393MA10

Lot n° :  
Fab :  
EXP :

38,90

Ouvert le :

76, Bd.

Résidence Koutoubia, 1<sup>ère</sup> Etage - Casablanca  
22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

DR. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Siège à 76 Boulevard Koutoubia  
Casablanca - Tél/fax: 0522.99.46.00