

## 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 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 : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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 Afsl Bni Sidi Bouzid - Avenue Sidi Bouzid - 1000 Casablanca - Maroc - Tél. : +212 33 22 22 22 - E-mail : [info@mupras.com](mailto:info@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-496024

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 7485 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ZOUAWI MUSTAPHA

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 :

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) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-496024

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 : .....

## SOINS ET PROTHÉSES 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'QDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire																		
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000	00000000			35533411	11433553	
H		G																		
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G																	
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>		<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>																		
<b>Coefficient des</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>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 de</b> <input type="text"/>																		



W18-369955

**DATE DE DEPOT**

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 7683	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom ..... ZOUAWI marafa		Signature de l'adhérent	
Fonction : ..... Phones.....			
Mail ..... 7685			
MEDECIN		Prénom du patient ..... SAQAT Milouda	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age ..... 13 NOV 2019	
Nature de la maladie ..... Anomalie de refection + KPS		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C5		1	200 DH
PHARMACIE		Date ..... 13/11/19	
Montant de la facture		Signature de l'adhérent et cachet de pharmacie TAZI Farjis 149 B, lot, n° 15, Lissablanca - 22 89 50	
71,30			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date : .....	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<i>J</i>			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date : ..... 23/11/19	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
200	ATR1,6		
+ 7 Monture		Signature de l'adhérent et cachet de pharmacie TAZI Farjis 149 B, lot, n° 15, Lissablanca - 22 89 50	
		MUPRAS NOV 2019	

## ACCUEIL

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرولني مصطفى

اختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنانسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقصور الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

Casablanca, le : 11.3 NOV 2019

SAGAT Milander

1) ± comb Colly



PPV : 30 DH 30

1 gtt  
30.30

215

دواء مسح العين



12500798-01

2) gel larmes Colly

1 gtt  
3/5

دواء مسح العين

11.00  
71.30

HARMACIE DATTIER  
TAZI Narjis  
149 Bd. Lot. Haj Fateh 5, Lissasfa  
Casablanca - Tél: 05 22 89 52 21

الدكتور المرولني مصطفى  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

51، شارع واد درعة الألفة، الدار البيضاء  
الهاتف: 0661 3115 58 - 0522 89 75 38

54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة عبدو) مجموعة الطابق السفلي الألفة، الدار البيضاء - الهاتف: 38

54 RDC Groupe Q Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38 - 06 61 31 15 58 - 06 63 73 04 95

Docteur El Marouani Mustapha

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

ANGIOGRAPHIE - LASER



الدكتور المرولاني مصطفى

إختصاصي أمراض وجراحة العيون

تصوير الأوعية - الليزر

• Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France

• Ancien Médecin des Forces Armées Royales

• Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

• طبيب سابق بالمستشفى العسكري بباريس - فرنسا

• طبيب سابق بالدورات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

## ORDONNANCE DE VERRES CORRECTEURS

Mme SAQAT milonda

D

(OEil droit)

G

(OEil gauche)

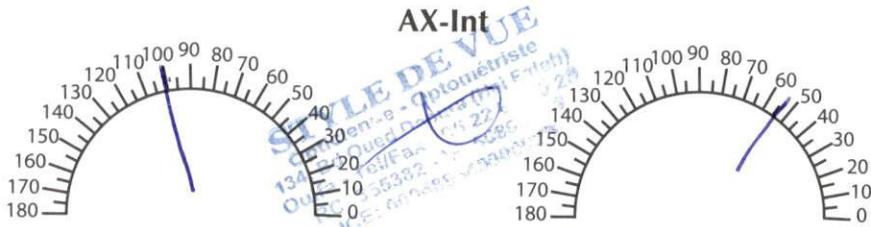
Porter  
habituellement: ~~-6,0 (-1,75 à 100°) -4,0 (-2,0 à 55°)~~

Porter pour  
la lecture :

✓ Antireflets

Avec Monture

AX-Int



Casablanca, le : 13 NOV 2019

الدكتور المرولاني مصطفى

Signature

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

51، شارع واد درعة الائمة، الدار البيضاء - المغرب

06 61 31 15 58 - 06 63 73 04 95 - 05 22 89 75 38 - الهاتف: 54 شارع واد درعة (قرب مؤسسة بيدرو) - المغرب

54 RDC Groupe Q Bd. Oued Deraâ, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 75 38 - 06 61 31 15 58 - 06 63 73 04 95

Casa Le 23/11/19

Facture N° 13 581119

**STYLE DE VUE**

Opticien - Optométriste  
134, Bd Oued Daoura (Haj Fateh)  
Oulfa - Tél/Fax: 05 22 83 85 28  
RC: 355382 - IF: 56803939

ICE: 000489540000028

M: S A Q A T

Milou

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
1.	Monture optique		300 D/H
2	Verso -0,50 ATR 1,6		
	OD: -6,00 (-4,75 à 1,25)	3.000 D/H	
	OC: -4,00 (-2,00 à 5,00)	3.000 D/H	
		Total	9000 D/H

**STYLE DE VUE**

Opticien - Optométriste  
134, Bd Oued Daoura (Haj Fateh)  
Oulfa - Tél/Fax: 05 22 83 85 28  
RC: 355382 - IF: 56803939  
ICE: 000489540000028