

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

## Informations 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.

## Biologie 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 :

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° P19-0029762

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2426 Société : Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZARI AHMED

Date de naissance : 1939

Adresse : Elmesoudia Rue 35 N°11 Cité Djanaa Casa

Tél. : 0582574782 Total des frais engagés : 250DH + 656,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21 FEV 2020

Nom et prénom du malade : NAZARI AHMED Age : 1939

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /





[illegible]

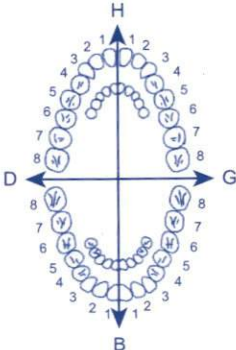
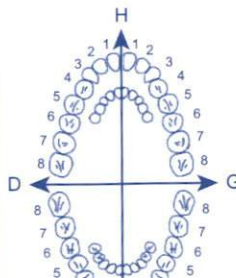
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.02.20	656,80

[illegible][illegible]

**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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><th>D</th><th>G</th></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><th colspan="2">B</th></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		D	G																
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																



**Docteur M. AOUFOUCHI**

**Ophtalmologiste**

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux  
Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...  
Chirurgie de la Myopie

Casablanca, le .....

**الدكتور م. أوفوشي**

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

جلالة - الزرقاق - الحول

مسالك الدموع - انجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة ..

جراحة عيوب البصر

الدار البيضاء، في .....

971127 2020

NA ZARZ A H M E S

16420 x 4

Co fo et colly +

+ 217 sm



656,80



ARABACH BISMALIA  
Bou Maâti Ben Ziad  
CASA - 05.22.71.95.56

**Dr. AOUFOUCHI**  
Ophtalmologiste  
Hay Sadri Av Maâti Ben Ziad  
CASA - 05.22.71.95.56  
Dr. M. AOUFOUCHI



**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S008174 2

EXP 12 2020

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S008174 1

EXP 12 2020

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S016240 1

EXP 02 2021

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S016240 1

EXP 02 2021

PPV 164.20 DH