

## 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.

### 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 : [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- 047327

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26695**

Matricule : **432** Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : **Quarti Mustafa** .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : **0661 14 42 43** 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 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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047327

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 PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter les dents traitées, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une radiographie.

Veuillez indiquer le radiographe et le genre du patient, le matériel, le matériel, le prix, le coût, le coût, le coût.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient																				
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
			Montant des soins <input type="text"/>																				
			Début d'exécution <input type="text"/>																				
			Fin d'exécution <input type="text"/>																				
<b>O.D.F. 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>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Coefficient des travaux <input type="text"/>
	H		G																				
	25533412	21433552																					
	00000000	00000000																					
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
		Montant des soins <input type="text"/>																					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis <input type="text"/>																					
		Fin d'exécution <input type="text"/>																					

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

*Après le 22/4/2010*



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
A et Actions Sociales  
de Rabat et Agdal

P17/ 051193

DATE DE DÉPÔT

/201

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT	Mle 432
Nom & Prénom <b>OUARTI Mustafa</b>	
Fonction <b>RETRAITE</b>	Phones <b>066144243</b>
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient <b>OUARTI Mustapha</b>
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie	Date
<b>Abjection oculaire</b>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C3</b>		<b>GT</b>

PHARMACIE	Date <b>23/09/2010</b>
Montant de la facture	
<b>174.40</b>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
	<b>174.00</b>

**Dr. LAOUISSI Nadia**  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.45.

**CAJAL**  
05 22 39 89 73

**CACHET**

*Après le 22/4/2010*



# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attaché au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spatiale

# الأستاذة لعويسي . ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة 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 :

23-9-019

QUARTI Dushoph

YNTHEMEDIC  
2-24 Rue Zoubeir Ibnou  
Aouam 20500 Casablanca  
P.C: 144.10

144.10 - VISMed sep

AS

432

RPV : 30 DH 30



1 sep x 31

Pharmacie du CAF  
Mme CHAOUTI SAMIRA  
Rue Al Oukrouane  
Bordj Bou  
Casablanca - Tél 05 22 39 89 73

30, 30

ICMS Line

AS

174.40

1 sep x 41 x 109

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.46.00