

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

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : [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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W19-539474

ND 28 07 8

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 8193

Société :

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Rholam Rita (veuve Harrach)

Date de naissance :

01/07/1974

Adresse :

Terrasses de bouskoura Imm 10 appt 1  
ville verte

Tél. :

0661 33 42 17

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

دكتور بنعبد الرزاق محمد على

خبير في أمراض وجراحة العيون

Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE

99, Avenue 2 Mars Résidence Walid Imm A N°6

Date de consultation :

02/06/2020

Nom et prénom du malade :

HARLATE YANIS

Age: 3ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Alégo

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 : Casablanca

Le : 03/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-539474

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 250+75

Nom de l'adhérent(e) : Yanis

Total des frais engagés : Yanis

Date de dépôt : Ophtalmo

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

### RELEVE 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
03/06/2020	Consultation	1	10000	INP: 0819203541
2020	Spécialité C2	1	10000	DR. RAZIK MOHAMED ALI
				26 Avenue 2 Mars 05 86 05 58 Résidence Walloum Casablanca

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. RAZIK MOHAMED ALI	03/06/2020	75,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

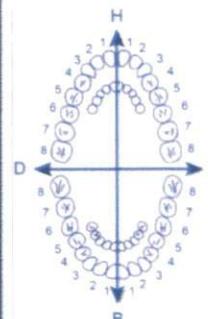
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

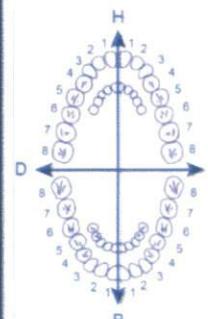


ODF PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

زنار 0,25 mg/ml  
Zaler 0,25 mg/ml

Lot / Fab / EXP

7L46  
11 2019  
11 2021

25232103

6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

هذاكتور محمد علي ينبعيد الرازق  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (بلجیکا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Enf. HARRACH YANIS

45,70

ZALERG COLLYRE



1gtte x 2 / j x 15 jours, dans les deux yeux

الطب الاسعاف  
الرازق جاسم  
ZALERG COLLYRE  
61, Avenue 2 Mars 1761  
Mme. LAMRANI Rajaa  
PHARMACIE DU JASMIN  
Casablanca

الدكتور بنبعيد الرازق محمد علي  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
Tél : 0522 86 05 58 / 0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le

03/06/2020

0522.86.05.57 شارع 2 مارس. إقامة وليلي العمارة 1 الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046