

# 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.

## 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.

## 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 canaux, 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 canaux.

## 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- 046566

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

33200 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHRAÏBI ABDELMALEK  
Date de naissance : 01/06/1953  
Adresse : 15, Rue El caïd Ahmed casa  
Tél. : 0661 253157 Total des frais engagés : 914,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/2020  
Nom et prénom du malade : Chraïbi Abdelmalek Age :  
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 : casa

Le : 10/06/20

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

28/05/2020	a	look	
------------	---	------	--

[illegible]

**ARMAC**  
28, Bis Rue de Rome  
Angle Tel. 05 22 85 43 33  
Fax 05 22 81 53 33  
318 363 - IF 1522  
Email 5@hotmail.com

[illegible]

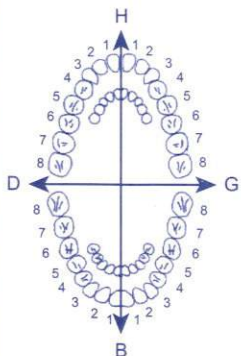
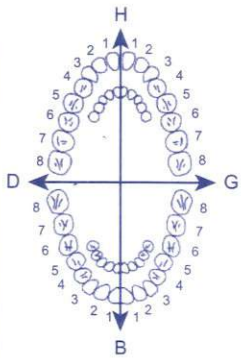

[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

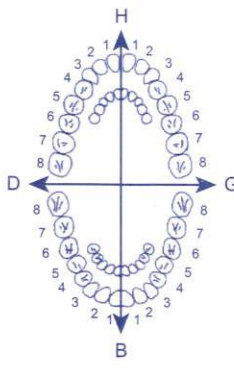
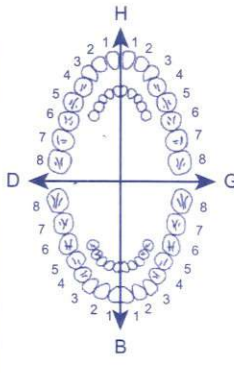
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>								
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>							
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>								
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>								
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000    00000000                      35533411    11433553                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>			<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000    00000000 35533411    11433553		<b>B</b>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>
	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000											
	<b>D</b>	<b>G</b>										
	00000000    00000000 35533411    11433553											
	<b>B</b>											
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>								
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>								
			DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS														
					DEBUT D'EXECUTION														
					FIN D'EXECUTION														
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
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
					MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

## Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte

par Phacoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme

Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

## الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

28 mai 2020

Mr. CHRAIBI Abdelmalek

Lot/Exp.:

CN6666  
Y45040  
04/2021  
PPV 213DH00

Lot/Exp.:

CW2552  
Y00868  
10/2020  
PPV 213DH00

XALACOM COLLYRE (Latanoprost-Timolol) fl

1 goutte 1 fois par jour ( ttt de 6 mois )

OPATANOL (Olopatadine) COLLYRE 1mg/ml fl

1 goutte 3 fois par jour

CATIONORM UNIDOSES

1 1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux

6 118001 070442

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP  
PPV : 90,70 DHS



407252

Lot :

PPC 198,00 DH

Fab :

Exp :