

# 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.

## 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](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° M20- 0002287

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6225 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Sahi KARAL

Date de naissance : 01/12/62

Adresse : Land.Sahi62@gmail.com

Tél : 06.063.102.10 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 : 23 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# SOINS ET PROTHESES 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux								
				Montant des soins								
				Début d'exécution								
				Fin d'exécution								
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux								
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis									
				Fin de								

Visa et cachet du praticien attestant le devis

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHÉRENT



W18-376006

DATE DE DEPOT

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

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle 6229	Signature de l'adhérent Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		SEBTE MOHAMED KHAL	
Fonction :	Phones	06 6310210	
Mail		Kamal.Sebte62@gmail.com	

<b>MEDICIN</b>		Prénom du patient	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 26 NOV. 2020	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		Date 1ère visite	
Affection ophtalmologique			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2			300

Signature  
Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd Abdelmeuenn, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

<b>PHARMACIE</b>	Date	26/11/2020	Signature Pharmacie Nassim Islane Dr. Benhouna Soumaya 318, Lot. Nassim Islane Lisasfa Casablanca - Tél.: 05 22 93 85 98
Montant de la facture	268,00		

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

CACHET

<b>LIAIRES MEDICAUX</b>		Date :	031/12/2020
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
PC	IM	IV	
Monture			800,00
lentes propres			1800,00
an qués			

Signature  
Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd Abdelmeuenn, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

ICE:  
000835320000024



Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد براءة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 26 NOV. 2020

SERTI K Oumal

STYL OPTIC  
MERIAM BERRADA  
Ophtalmologiste  
104, Bis Bd Abdelmoumen  
Quartier Palmer - CASA  
Tél: 0522 98 17 07

lunettes

OD = (135' + 0,25) + 1,75

OG = (15' + 0,25) + 2

pres = OD G. add + 2,50

verres progressifs amincis  
entreflets

86,7 x 3  
Hye collige

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 98 39 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 98 39 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

ODG

إقامة أكابولكو (فوق القصر الملكي لسياحي) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca  
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - الهاتف : 05 22 99 40 40 / 41 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com