

# 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 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  
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° M20- 0000728

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8201 Société : 54806  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : che. PRADA AZIZ  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : 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° M20-00728

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 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																			
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																			
	<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		
H		G																					
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				Date du devis																			
				Fin de																			



W18-393076

DATE DE DEPOT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8201														
Nom & Prénom <b>CHERRADI Aziz</b>																
Fonction : <b>Rep</b>	Phones.....															
Mail <b>acherradi@royalairmaroc.com</b>																
<b>MEDICIN</b>																
Prénom du patient <b>CHERRADI Aziz</b>																
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <b>30 ans</b>	Date <b>28/11/2020</b>														
Nature de la maladie		Date 1ère visite														
S'agit-il d'un accident : <b>Non</b> Causes et circonstances																
Nature des actes <b>Ceph</b>	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires <b>200</b>														
<b>PHARMACIE</b>																
Date <b>30/11/2020</b>																
Montant de la facture <b>6000</b>																
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>																
Date : <b>27 JAN. 2021</b>																
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires															
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>																
Date : <b>10 JAN. 2021</b>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires												
AM	PC	IM	IV													

Dr. MAAD DALI Ahmed Imad  
Ophtalmologiste  
Libre de 22h à 23h15  
165 22 31 19 42

Dr. MAAD DALI Ahmed Imad  
Ophtalmologiste  
Libre de 22h à 23h15  
165 22 31 19 42

SCIENCE  
VOE Opticien  
de TATAEX Pointe de CASABLANCA

CONSEIL SIEGE RAM

MUPRAS  
10 JAN. 2021  
ACCUEIL

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux - **phacoémulsification** à ultrasons

Exploration de la vision Angiographie rétinienne - OCT - Laser

Traitement REFRACTIVE : Lasik - Chirurgie forte myopie - Lentilles

*Dr. Mrad Dali Ahmed I.*

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste Diplômé de la faculté  
de Médecine de Paris

**الدكتور مراد الدالي أحمد عماد**

اختصاصي في أمراض وجراحة العين

خريج كلية الطب بباريس

Monsieur CHERRADI AZIZ

Prescription d'une paire de LUNETTES :

VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUES ANTIREFLET  
MULTICOUCHES

Oeil Droit :  $(-0,75)$  à  $170^\circ$  , Addition + 2,50

Oeil Gauche :  $+0,50$   $(-0,50)$  à  $15^\circ$  , Addition + 2,50

+ monture

**EXIGEZ VOTRE CERTIFICAT D'AUTHENTICITE**

**Garder des copies de vos ordonnances.**

SCIENCE

**VUE Opticien**

50 Rue de TATA (Ex Poincaré)  
Tél : 27 12.21 - CASABLANCA

**Dr. MRAD DALI Ahmed Imad**  
Ophtalmologiste  
Boulevard de la Résistance  
Ben Jdia - Tél : 05 22 31 58 20 / 05 22 31 19 42  
Casablanca



رقم التعريف الموحد: 001627142000018