

# 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.

## 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
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@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 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° M21- 073882

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 578 Société : Netoute  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUHAADI Mohamed  
 Date de naissance : 1944  
 Adresse : mara 1 rue 6 n-45 melleur cas  
 Tél : 0522210862 Total des frais engagés : 250,00 + 596,40 Dhs

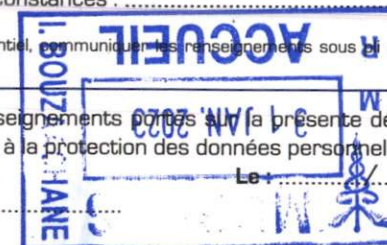
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 30/01/2023  
 Nom et prénom du malade : BOUHAADI Mohamed Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : la lèpre  
 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 : / /

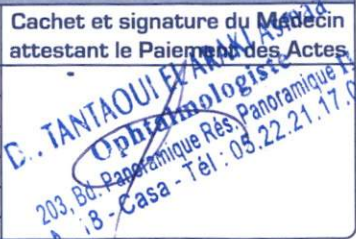
Signature de l'adhérent(e) :




Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/01/2023      |                   | 2                     | 250 DH                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 30/01/2023 | 596,40                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

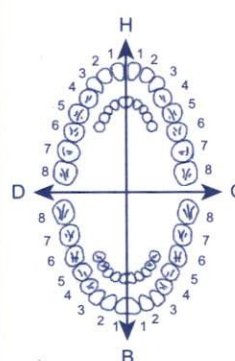
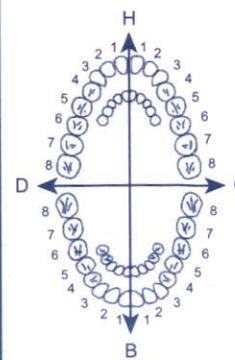
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                              |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |  |                  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. TANTAOUI EL ARAKI Asmaa**  
spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

**Ophtalmologiste**

Chirurgie de la cataracte - Glaucome  
Strabisme - Laser - Angiographie  
Lentilles de contact



**الدكتورة الطنطوي العراقية أسماء**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
جراحة الجلالة - الزرق (طنسيون)  
الحول - الليزر - تخطيط أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le .....

**BOUMAHDI MOHAMED**

102,10 x 2 - 204,20

1) ocul Laxam 1g le Soir  
98,20

147,10 x 2 - 294,20

2) ocul Thealose 1g a 2 fois

596,40

SV

4 mois

N°

W2762C 10MAR/0919

MA



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

**Laxam® 0,005 %**  
Latanoprost

PPV : 102,10 DH

6 118001 272251

W2762C 10MAR/0919

MA



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

**PPV : 98,20 DH**

**Laxam® 0,005 %**

Latanoprost  
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272259

PPV : 102,10 Dhs

**Laxam® 0,005 %**

Latanoprost  
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272259

**TANTAOUI EL ARAKI Asmaa**  
**Ophtalmologiste**  
203, Bd. Panoramique Rés. Panoramique 11  
18 - Casa - Tél : 05.22.21.17.01

الرقم 203, تقاطع شارع المظفر ال  
1<sup>er</sup> étage, N° 18 - Casablanca  
:@gmail.com