

## 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-763434

148797

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 05676 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Youssef Souhail

Nom & Prénom : EL MECHRAFI YOUSSEF SOUHAIL

Date de naissance : 37-01-1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0666871720 Total des frais engagés : 372,20 Dhs

Autorisation CNUP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Docteur Zakia Mohcine Khelif

Cachet du médecin : PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE  
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 77 78 76  
INPE : 101108173

Date de consultation : 2/2/2023

Nom et prénom du malade : Youssef EL MECHRAFI Age : Youssef

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : conjonctivite d'allure bactérienne

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : RABAT Le : 02/2023

Signature de l'adhérent(e) : Youssef EL MECHRAFI



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
2/23	C		300,00	INF : 401108173 Dr Zakia Mohamed Khimri Médecin OPHTHALMOLOGIE 07 77 77 77

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SAFIYA Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Anakill Hay Bivay Rabat	02/02/23	49.20

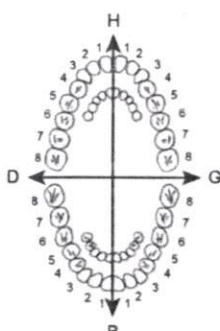
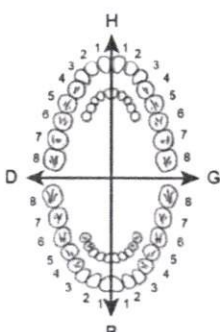
[illegible][illegible]

# 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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Zakia MOHCINE KHLIFI

Ex. Professeur à la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Chef de Service - Hôpital Spécialités

Maladie et Chirurgie Oculaire - Laser - Angiographie



الدكتورة زكية محسن خليفي

أستاذة سابقا بكلية الطب بالرباط

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى الاختصاصات سابقا

أمراض وجراحة العيون - أشعة الليزر - أوتجيوغرافية

Rabat, le

le 2/Fevrier 2023

Docteur Zakia Mohcine Khlifi  
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE  
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 77 78 76  
INPE : 101108123

Youssef

Mr EL

01

- service

physiologie

essence

nettoyer

2 1 fee

2-3h

Pharmacie EL GHARBI  
Dr. Samaa EL KADIRI  
Ep. Annakhil Hay Riad - Rabat  
Tél: 05 37 71 34 43 - 05 37 71 11 2

26.40

- collapse

Td

2 Gouttes

6 fois / j x 2

2 G

a 1 fois / j x 8 j

2 G

3 fois / j x 5 j

26.40

- powder

sterile

de soit x 10 j -

4, شارع بين الويدان، الشقة رقم 2 أكادال، الرباط - الهاتف : 05 37 77 78 76

4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt 2 - Agdal, RABAT - Tél. : 05 37 77 78 76


26.40

00

collyre TDSRE

26/40  
Docteur Zakia Mohcine Khilfi  
OPHTHESSEUR EN OPHTALMOLOGIE  
4, Avenue Bin Al Ouidane, Appt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 77 78 76  
INPE : 101108173

49.20



Pharmacie CHATIM  
Dr. Sanaa EL GHARBI  
EP. KADIRI  
Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat  
Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 11 12


26/40

**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé  
**NIVEAU 3**

**PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

- A (Lise I) - Uniquement sur ordonnance

26/40

**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé  
**NIVEAU 3**

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

  
**STEPDEX**  
**Composé ophtalmique**  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH  
  
6 118001 100378  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohammed Diouri,  
2070 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI