

# 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

- Reclamation : 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](http://www.mupras.com)

M22- 0050462

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 429

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Hagaoun Touria une Bernada

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 : Touria Age:

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 M22-0050462

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 :

## RELEVE 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHÉSES DENTAIRES**

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
		D	00000000	00000000	
			00000000	00000000	G
			35533411	11433553	
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° P 14 / 0015426		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
<b>Cachet MUPRAS</b>		

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 429.	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom			
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <i>Touria</i>		
<input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age .....		Date .....	
Nature de la maladie		Date 1ère visite <i>Affecti...alere</i>	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Signature du praticien
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<i>C</i>		<i>250DH</i>	
PHARMACIE	Date <i>10/11/12</i>		Signature de la pharmacie
Montant de la facture	<i>121,40</i>		
<b>PHARMACIE MOHAMMADIA</b> Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech			<b>PHARMACIE MOHAMMADIA</b> Mme DEBBAGH A. N° 100 Av. Palestine - Marrakech Tél : 05 24 50 28 78
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES Date .....			CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date .....			CACHET
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		IM



Membre de la Société Française d'Ophthalmologie  
 Ex. Résidente à l'Hôpital 20 Août Casablanca  
 Ex. Ophthalmologiste à l'Hôpital Antaki Marrakech

- Ophtalmologie de l'Adulte et de l'Enfant
- Chirurgie de cataracte par phacoémulsification
- Strabismes - Retine - Laser - Echographie Oculaire
- Angiographie Rétinienne - OCT

عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون  
 طيبة مقيدة سابقاً بمستشفى 20 غشت اليضاء  
 طيبة سابقاً بمستشفى الأنطاكي مراكش

. طب العيون للكبار والأطفال

. جراحة الجلاة بالصدى الصوتي . الحول

. أمراض شبكة العين . الليزر

. الفحص بالصدى الصوتي . الفحص بالأشعة تحت الحمراء

10 JAN 2023

Beuhayen Ramel

+ Lavage Oculaire Phylarm

6x/j

Hyfresh



Iggte x3 /j

130,00

pdt 2 mois

26,40

26,40

ARMACIE MOHAMMED  
 Mme DEBBAGH  
 N° 100 Av. Palestine - Marrakech  
 Tel : 05 24 30 28 78



\* 15

26,40

- Euclitslunis

37,20



37,20

Nett 22)

39,75

Nett 22)

35,75

35,75

Tobroderm offert

Nett

إقامة الحديقة الكبرى، زنقة ابن عائشة العمارة C الطابق الثاني رقم 11

Résidence Al Hadika al Kobra, Rue Ibn Aïcha Imm. C 2ème étage N°11  
 Guéliz - Marrakech - Tél : 05 24 42 37 88 - E-mail : sanaanaciri@yahoo.fr

HyFresh®

Lot: YK 03 / 8  
Fab: 10 / 21  
Exp: 10 / 24  
PPC: 130 DH 00

6\_118001\_070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

406836 MA

2020-03-04 33  
2020-03-04 405

26DH4P

Titulaire de l' AMM au Maroc: POLYMEDIC

Quartier Arsalane-Rue Amyot Invile

BP 10877 CASABLANCA-MAROC

Fucithalmic® % gel ophthalmique

Tube de 3 g

AMM N°184

DMP/21/NR

PPV : 37 DH 20

6\_118001\_200818

HyFresh®

Lot: YK 03 / 8  
Fab: 10 / 21  
Exp: 10 / 24  
PPC: 130 DH 00

6\_118001\_070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

406836 MA

LOT 222102

EXP 05 2025

PPV 26.40  
26DH4P