

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- La 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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M21- 073035

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2076

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> Khadija BOUTNI

Date de naissance : 03 NOV 1956

Adresse : 30, rue Al Khawane Apt 24 Hay Ennahd

ER. Bousefrou

Tél. : 06 63 90 66 81

Total des frais engagés : 647.00 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hamza IRAQI HOUSSAINI

OPHTALMOLOGISTE

Lot. Oumaima, Hay Oualae

1er étage, Karia - Salé

Tél: 05 37 83 15 23 - 07 22 14 77 14

INPE 04 29 73 67

Date de consultation : 19 OCT 2023

Nom et prénom du malade : Boutni Khadija

Age : 67 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Myopie

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 : Rabat 19/10/2023

Le : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19/02/23        | S                 |                       | 5008                            | (Signature) Agda - Kaboul<br>Agence Civile                     |

[illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

OUS

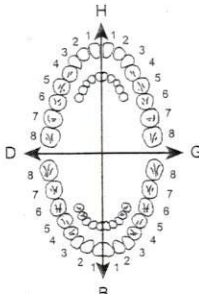
**FOUS**

# 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<br>Traitées  | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |  |
|---|--|---------------------|-------------|---|--|
|              |  |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000 </div> <div> 21433552<br/> 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <b>D</b><br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> <b>G</b><br/> 00000000<br/> 11433553 </div> </div> <b>B</b> |                     |             | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
| <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |
|   |  |                     |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |                       |                      |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
|                 |                   |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX | <input type="text"/>  |                      |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            | MONTANTS<br>DES SOINS | <input type="text"/> |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            | DEBUT<br>D'EXECUTION  | <input type="text"/> |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            | FIN<br>D'EXECUTION    | <input type="text"/> |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |
|                 |                   |                     |             |                            |                       |                      |

| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  |  | DETERMINATION DU CCEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |          |  |
|---|--|--|----------|--|
|  |  | H  |          |  |
|   |  | 25533412                                     | 21433552 |  |
|   |  | 0000000                                      | 0000000  |  |
|   |  | D  | G        |  |
|   |  | 0000000                                      | 0000000  |  |
|   |  | 35533411                                     | 11433553 |  |
|   |  | B  |          |  |
| <b>[Creation, remont, adjonction]</b>   |  |  |          |  |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                              |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|   |  |  |          |  |
|  |  | CCEFFICIENT<br>DES TRAVAUX                   |          |  |
|   |  | MONTANTS<br>DES SOINS                        |          |  |
|   |  | DATE DU<br>DEVIS                             |          |  |
|   |  | DATE DE<br>L'EXECUTION                       |          |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Cur**

مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT230219123939



19 février 2023

**BOUTNI Khadija**

**THEALOSE COLLYRE**

1 goutte 3 fois / jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Pharmacie la Résistance  
DR. BOUBANNE MOSTAPHA  
N°32, Av. La Résistance  
Rue Londres, Océan - Rabat  
Tel.: 05 37 72 40 55

Hamza IRAQI HOUSSAINI  
OPHTALMOLOGISTE  
Lot. Ourmaime, Hay Oualide,  
1er étage, 1623  
INPE : 04 12 97 367  
Tel.: 06 37 83 16 83

STERILE A



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture



3 662042 003295  
Distribué au Maroc par :  
Laboratoires OTHÉA  
17, rue de la Résistance - Marrakech  
N° homologation Maroc :  
1573/2016/DM/720/DM  
PPC : 147/00 DH

VR762C10MAR/0919



*Handwritten signature*

Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc / PATENTE : 25741396 / IF : 14471365  
CNSS : 9622425/INPE : 100061548 - Tél. : 05 37 67 66 66 - Fax : 05 37 77 72 51  
contact@cliniquevisionrabat.ma @cliniquevisionrabat.ma

**Théa** **CE** 0459

# CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

RABAT

## Reçu de caisse

| Numéro admission | Nom du patient | Date encaissement |
|------------------|----------------|-------------------|
| 23B191239        | BOUTNI KHADIJA | 19/02/2023        |

| Mode paiement | Références du paiement | Montant Dhs |
|---------------|------------------------|-------------|
| Espèce        |                        | 500,00      |
|               | Total payé             | 500,00      |

Reçu établi par :TAOUFIK

  
مصلحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat  
26 Avenue Ibn-Khaldoune,  
Agdal - Rabat, Tél : 06 37 67 66 66  
Urgence Ophtalmologique