

# 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° M21- 0000822

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 463 Société : 160714  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HALOU LATIFA x<sup>me</sup> HEMMI ABDELKADIR  
Date de naissance :  
Adresse : AZHAR II Rue 75 N°46 Eloulfa casa  
Tél. : 0664772325 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1.1. MAI 2023  
Nom et prénom du malade : HALOU VVE HEMMI LATIFA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Oculaire  
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
1 MAI 2023	08		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

11/05/23      45550

# 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

AM      PC      IM      IV

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

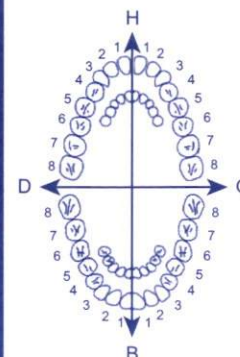
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G  
35533411 11433553  
B

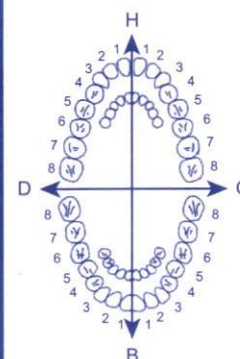
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE  
Diplômé de l'Institut Universitaire  
BARRAQUER - BARCELONE

## Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive  
( Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie )*

Casablanca, le jeudi 11 mai 2023

Patient : **Madame Latifa HALOUI VVE HEMMI**

112.80 LOTEMAX / 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours puis 1 goutte matin et soir  
jours, 1 goutte le soir pendant 7 jours

22.60 FLUCON COLLYRE / 1 goutte 3 fois par jour pendant 10 jours oeil gauche

147.00 THEALOSE / 1 goutte 3 à 4 fois par jour 2 Boîtes

26.40 TOBREX COLLYRE / 1 goutte 4 fois par jour pendant 6 jours

**AGITER VIGOREUSEMENT AVANT UTILISATION**  
ترجى القاء زجاجة بقوة قبل الاستعمال

جدول (أرقام) (1)  
Distribué au Maroc par Zenith Pharma  
AMM Maroc N° 60/20/DMP/21/NC/DNM  
PPV = 112,50 DHS  
Rخصة المغرب رقم:  
LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.  
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.  
لوتهماكس علامة تجارية مسجلة لشركة Bausch & Lomb Incorporated أو الشركات التابعة لها.  
أو Bausch & Lomb Incorporated 2020 © الشركات التابعة لها.

6 118001 070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NC  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS  
Remboursable AMO 406865

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

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

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

**PHARMACIE SAIB**  
SARL - AU  
Dr. Zaki SAIB  
154 Bd. Mohammed VI  
El Azhar - Oujda Casa  
Tel : 05 22 91 16 54

