

# 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'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-013146

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11677 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUIDI EL MOSTAFA  
 Date de naissance : 01-07-1978  
 Adresse : 32 LOT ELWAFAT Route DE BENAHHMED BETTAT  
 Tél. : 0660688685 Total des frais engagés : 442,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. MJAHEED Saad OPHTALMOLOGISTE  
 Bd Princesse Lalla Aïcha - Malek Errahma  
 Evry 1 - BETTAT - TEL. 05 23 40 30 38  
 Date de consultation : 20 / 06 / 2023  
 Nom et prénom du malade : BOUIDI EL MOSTAFA Age : 45  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Conjonctivite  
 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 : BETTAT Le : 20 / 06 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
20/06/2023			250.000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/06/23

192.40

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

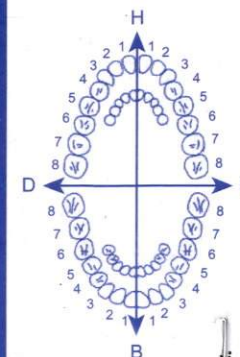
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

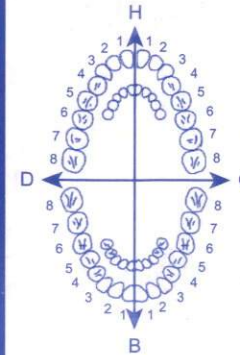
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 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

FRAKIDEX  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ  
3118001270116  
PPV : 24,60 JHS  
LOT/بيلار: 18364  
FAB/التاريخ: 04-2022  
EXP/التاريخ: 03-2024



الدكتور أمجاهد سعد

طب وجراحة العيون

نور سطات

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

جراحة الحول والمسالك الدمعية

مراقبة ضغط العين- السكري

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

تصحيح البصر - ليزر

Ophthalmologie pédiatrique  
Chirurgie de strabisme et dacryo  
suive du glaucome - diabète  
échographie oculaire  
OCT; Angio, Laser  
Contactologie  
Chirurgie réfractive

## ORDONNANCE

SETTAT LE ..... 20 juin 2023 ..... سطات في

Mr. BOUIDI El Mostafa

### FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

### FRAKIDEX POMMADE

1 app le soir, dans les deux yeux,

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5g  
Distribué par: ZENITH PHARMA.  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc.  
AMM N°30/19DMP/21/NRQDNM

3 662042 003295  
Distribué au Maroc par:  
Laboratoires ZENITH PHARMA  
S.P.A. 21185 route de la  
N°1 Homologation Maroc:  
15/3/2016/DMP/20/DM  
PPC: 14700 DH

STERILE A  
Date de première ouverture  
تاريخ أول فتح  
35°C

شارع الأميرة لالة عائشة إقامة ملاك الرحمة الطابق 1 الشقة 1 - سطات

Bd. Princesse Lalla Aicha Imm Malak Errahma Etage 1 App 1 (EN FACE ONE) - Settati

الهاتف : 05 23 40 39 98