

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-763426

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Ram

Matricule : 05676 Société : Ram

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 170144

Nom & Prénom : EL MECHRAFI Youssef

Date de naissance : 17 JANVIER 1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 66 877720 Total des frais engagés : 236,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Zakaria Khilifi  
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE  
4, Avenue Bin Al Ouidano, Apt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 77 78 76  
INPE : 101108173

Date de consultation : 23/06/2023

Nom et prénom du malade : EL MECHRAFI Youssef Age : 71

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

Nature de la maladie : conjonctivite bactérienne

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 M 31 JUIL. 2023 Le 106123

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
23/8/23	C2		150,00	INF : 101108173  Docteur Mohamed Mohcine MEDECIN EN OPHTALM idane

Docteur Dr. Mohcine Khelifi  
PROFESSEUR EN OPHTALMOLOGIE  
N° Avenue Bin Ali Ouidane, Appt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 06 37 77 78 76  
Fax: 101108173

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	23-6-23	86,410 Mds
<p style="text-align: center;"><b>INPE:</b> <b>102021961</b></p>		

102021961

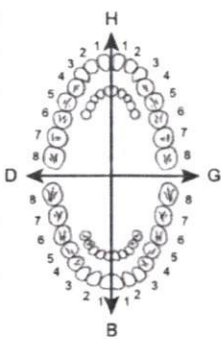
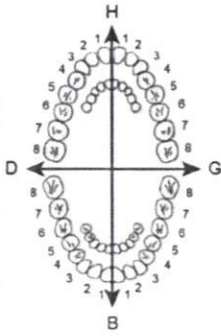
[illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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	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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 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 خليف

أستاذة سابقا بكلية الطب بالرباط

رئيسة مصلحة العيون بمستشفى الاختصاصات سابقا

أمراض وجراحة العيون - أشعة الليزر - أوفثالموغرافية

Rabat, le 23 juin 2023.

Mr El mehrafi Yousef

oeil droit 26.40

① - colliré TUBEX.

26 gouttes le 30mn puis  
16 heures

puis toutes les heures

jusqu'à

20h

Pharmacie du Golf  
Dr. Soumaya BENMOUSSA  
Av. Mohammed VI, Route des Zaers, Km 7.5 P.O. 1005 37 75 84 Tél/Fax: 05 37 75 84 79

> Demain  
puis

26

6 fois x 2i

26

4 fois x 2i

60.00

② pommade CILOXAN

le soir x 2i

T=86.40

CILOXAN® 0.3%  
POMMADE OPHTALMIQUE  
tube de 3.5 g  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 412/18DMP/21/NRQ  
PPV: 60.00 DHS



6 118001 070855  
692274 MA

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

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

oeil gauche

Tobrex

2G x 3j x 8j

pour de Tobradex  
le soir x 8j



Docteur Zakia Mohcne Khilifi  
PROFESSEUR EN OPHTHALMOLOGIE  
4, Avenue Bin Al Oubaid - Apt. 2  
Agdal - Rabat - Tél.: 05 37 77 78 76  
INPE : 101108173