

# 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

- Réclamation : 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



## Déclaration de Maladie

M23-000611

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00447 Société : R A M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MARNISSI Ahmed  
 Date de naissance : 07.01.1943  
 Adresse : Resid 4/ Wiam Imm 12 N°7 OULFA Casa.  
 Tél. : 06 61208336 Total des frais engagés : 332,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: 80

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 : Casa Le : 08 / 09 / 23

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 08/09/2023 | 332,10                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

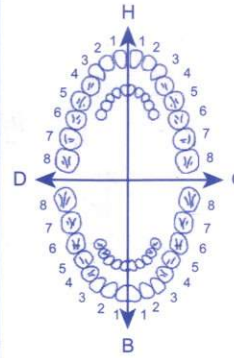
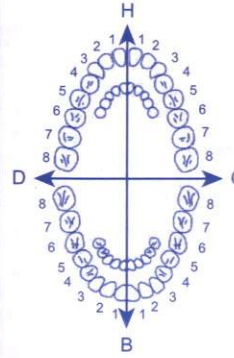
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

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

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|---|------------------|-------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|    |   |                  |             | 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   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| D   | G   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| B   |   |                  |             |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |   |                  |             | 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE SALMA  
SALMA  
BD OUM RABIE EL OUAFAA 1 N°15  
CASABLANCA

Tél : 0522895772

08/09/2023

Client : MR MARNISSI AHMED

FACTURE N° : 15530 du 08/09/2023

| Qté       | Désignation                | Prix PPV | Montant | TVA |
|-----------|----------------------------|----------|---------|-----|
| 3         | XOLAMOL SOLUTION OPHT 5 ML | 110,70   | 332,10  | 7%  |
| Total TTC |                            |          | 332,10  |     |

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
TROIS CENT TRENTE DEUX DIRHAMS ET DIX CTS

|       | TAUX | HT     | TVA   | TTC    |
|-------|------|--------|-------|--------|
| 7.00% | 7,00 | 310,37 | 21,73 | 332,10 |
|       |      | 310,37 | 21,73 | 332,10 |

زولامول®  
Xolamol®  
Lot: AA0330  
Fab: 01 23  
Exp: 01 25  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®  
Lot: AA0330  
Fab: 01 23  
Exp: 01 25  
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®  
Lot: AA0330  
Fab: 01 23  
Exp: 01 25  
P.P.V : 110 DH 70



CNSS : 6064290  
Compte :

I.C.E : 001642777000087  
Patente : 36009656

INPE:092052208  
R.C : 264244

I.F : 51505843  
RIB  
:022780000167000500856074



# DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

JARNISSI Ahmed

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

JARNISSI Ahmed

Spécialité : OPHTHALMOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme ☒ M. JARNISSI Ahmed

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois

☐ Entre 3 et 6 mois

☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Néoplasme optique GLAUCOME  
(H.T.O. EXCAVATION PAPILLAIRE)

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

COSEPT collyre 18u x 2/j 37jrs renouvelable  
XOLANOL collyre 1m x 2/j 37jrs renouvelable

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

Casablanca

le 26 01 2023

Cachet et signature du médecin traitant