

# 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

N° M21- 062631

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

186696

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1880 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SINNAS KHADIJA

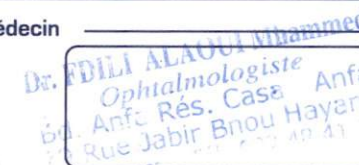
Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : 68, rue Jean Jaurès, CASA

Tél. : 06 61 23 84 33 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/10/2023

Nom et prénom du malade : SINNAS Khadija Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie serait 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 : CASABLANCA Le : 23/10/2023

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



# 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
23/10/23	K10 (fnd)	1	3.50 + 1.00 = 4.50, d8	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/10/23	149.90

# 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 <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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur FDI ALAOUI M'hamed**  
Maladies & Chirurgie des Yeux

Maître ès Sciences Médicales  
Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Grenoble  
Interne de C.H.U de Grenoble ( France)

Sur Rendez-vous



**الدكتور فضيلي علوي امحمد**  
طب وجراحة العيون

أستاذ في العلوم الطبية  
رئيس سابق بعيادة كلية الطب بكرونويل (فرنسا)  
طبيب داخلي سابقا بالمستشفى الجامعي بكرونويل  
بالموعد

Casablanca, le 23.10.2023 الدار البيضاء في

SIMAS KHADIJA

104.00  
PHYLARM solution (S) 1ml

large 3 f / h  
ocular

149.90  
CIXOXAN collyr (S) 2

large 3 f / h

PHARMACIE CAMILLE SARILOU  
20 Avenue Hassane Soukiani  
Casablanca - RC : 521287  
Tél : 35553688 - 0022831126000060  
Tel: 0522 27 17 07

Dr. FDI ALAOUI M'hamed  
Ophthalmologiste  
Bd. Anfa Rés. Cas. Anfa  
Rue Jaber Bnou Hayane  
Tél: 022 49 11 11

Bd. d'Anfa enFace de la Commune Sidi Belyout,  
Rés, Casa-Anfa, 79, Angle Rue Jaber Bnou Hayane  
Casablanca- Tél : 0522 48 41 18

جامعة سيدي بليوط إقامة كازا أنفا  
قبة جابر ابن حيان - الدار البيضاء  
المهاتف : 0522 48 41 18

6 118001070176  
CIXOXAN 0.3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMF/21/NFQ  
Laboratoires Sothemia  
PPV : 45.90 DHS  
Remboursable AMO  
406434

# PhyLarm

HER MEDIC  
PPC  
A DH

PPC  
DHS

16 una

104.00  
res de 10 ml

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**