

# 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

- 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](http://www.mupras.com)

✓ 96391

## Déclaration de Maladie : N° S19-0050505

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 805 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Retraité

Nom & Prénom : BA AHLoul Zohra Date de naissance : 1946

Adresse : 25 Rue Michel Augé - Casab

Tél. : 066 1319393 Total des frais engagés : 641,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghiziane OUAKACHA  
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fouarat, n° 10, 1er Etage  
Maârif Extension 20370 - Casablanca  
Tél: 05 22 73 55 59 - Fax: 05 22 72 44 11

Date de consultation : 30/01/2024

Nom et prénom du malade : B. Ahloul Zohra 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 : 30/01/24

Signature de l'adhérent[e] :



### RELEVE 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
30/01/2024	CS		300 dh	Dr. Ghizlane AIT MOURAD SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Al Fouad n° 10, 1er étage Maârif Extension 20370 Casablanca TÉL: 05 22 36 24 79 FAX: 05 22 36 24 79

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA LES IRISSES LEMSEEFER Malak 64, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél.: 05 22 36 24 79	30/01/2024	300.00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553			
D 00000000 00000000	B			
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				

Ophtalmologiste

Diplômée de la Faculté de médecine de Paris

Ex praticienne des hôpitaux de France

احية العيون

- 24/10/22

اختصاصية

خريجة كل

اختصاصيا

عضو في

جراحة ال

تركيب ال

أمراض الش



A utiliser avant: / Lot n°

0 3 7 2 0 2 3

3 0 6 9 6 1

1/ AZELASTAN COMOD COLLYRE

Casablanca, le

30 janvier 2024

Mme BAHLOUL Zohra

Lot 490775  
Exp 08/2023  
Ex 08/2023

29,30

une goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

2/ TOBRADEX: COLLYRE

35,70

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 5 jours

3/ NEOVIS MULTI TOTAL

17,00

3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

4/ Gel larmes

41,00

une application le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

34,1,00

P. ALCIE LES IRISSES  
M. LEMSEFFER Malak  
164, Boulevard d'Anfa  
(Angle Rue Molière)  
05 22 36 24 79

Dr. Ghiziane OUKACHA  
SPECIALISTE ORHTHALMOLOGISTE  
39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10 Casablanca  
الدار البيضاء - المغرب - رقم 10 الماريف 20370 - Casablanca  
Maârif Extension 20370 Casablanca - رقم 39  
الدار البيضاء - المغرب - رقم 10 الماريف 20370 - Casablanca  
05 22 35 55 50 - Fax: 05 22 35 55 50

39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10 Maârif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com/INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71