

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



199130

Déclaration de Maladie

M23- N° 0042269

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582 Société : R A M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Houri Abderrahmane  
 Date de naissance : 01/01/1946  
 Adresse : 68, Résidence Nour Amira  
 M. y Abdellah / EL Jadoh  
 Tél. : 0672835137 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
 544, bd. panoramique, californie  
 Casablanca maroc  
 Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
 Fax : 05 22 86 46 21  
 Date de consultation : 07 / 03 / 2024  
 Nom et prénom du malade : Houri Abderrahmane Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Alchim oculaire  
 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 : EL Jadoh Le : 15 / 03 / 2024

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

07/03/24			200,-	
----------	--	--	-------	--

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/03/24	163,50
----------	--------

# 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

A M

P C

I M

I V

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 :

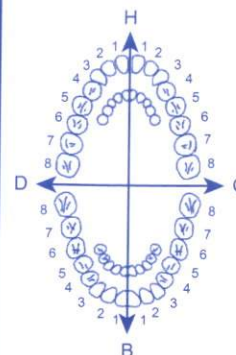
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT  
MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
B			
00000000	00000000		
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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

PPV:19,40 DH

**FRAKIDEX®** فراكيدكس

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine  
فوسفات ديكساميثازون صودي / سولفات فراميسيتين

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

BAUSCH + LOMB

Date de  
fab 06.2023  
Date Exp 05.2025  
Lot 163

1x 10 ml

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18%  
Stérile, sans agent conservateur  
Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples

**SYNTHEMEDIC**  
22-24 Rue Zoubair Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca  
P.P.C: 144.10



56

1x 10 ml

Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18%  
Sterile, free from preservatives  
Compatible with rigid or soft contact lenses

**VISMED® MULTI**

06-72-83-5



ORDONNANCE

Casablanca le 07/03/2024

M Houri Abolerrahmane

19,60

Pharmacie OULAD BOUAZIZ  
BENSLIMANE HOUDA  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Mouhamed V  
Centre Molay Abdellah  
Tél : 05 22 29 66 00 / 60

163,50

Pharmacie OULAD BOUAZIZ  
BENSLIMANE HOUDA  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Mouhamed V  
Centre Molay Abdellah  
Tél : 05 22 29 66 00 / 60

163,50

Pharmacie OULAD BOUAZIZ  
BENSLIMANE HOUDA  
Docteur en Pharmacie  
Avenue Mouhamed V  
Centre Molay Abdellah  
Tél : 05 22 29 66 00 / 60