

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19-0046825

N° 33036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744

Société : RAO

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENYAHIA ABDELAZIZ

Date de naissance : 01.07.48

Adresse : 160 Bud ANFA CASABLANCA

Tél : 0669583936

Total des frais engagés : 411,90

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/07/2020

Nom et prénom du malade : BENYAHIA Abdelaziz Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Combinaison de pathologies

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 : CASABLANCA

Le : 26/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :





# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25.06.2022      | S                 |                       | LC                              |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

25/06/2022 4M, 9

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

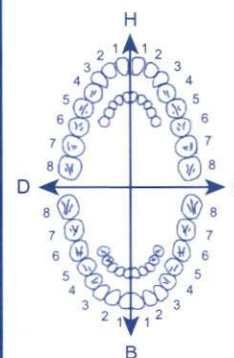
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

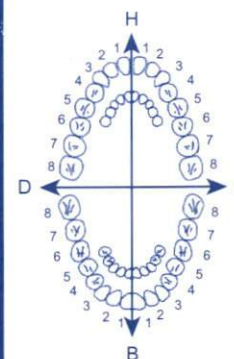
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 25.06.20

## ORDONNANCE MEDICALE

Concernant : BENYAKHIA ABDELAZIZ

HER MEDIC  
PPC  
99.00 DHS

99,00

- PHYLARM  
1 Rinçage 2 fois par jour

58,00

- INDOCOLLYRE  
1 goutte 4 fois par jour

40,40

- EXOCINE Collyre  
1 goutte 4 fois par jour

60,00

- CILOXAN OU FRAKIDEX Pommade  
1 Application 1 fois par jour le soir

30,00

- MAXIDROL Collyre  
1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

15,00 + 30,00

- COMPRESSES OPHTALMO STERILES

79,40\*

- CATEX CP 250 MG  
1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

Total  
414,90

PPV:40DH40

Flacon de 5 ml

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml

LOT: 14052  
FAB: CHS 2008 08/2019  
EXP: 08/2020

ZEUTH PHARMA  
PPV: 58,00 DHS  
ANMM N° 270 DMP/21/VRQ

58,00

6118001070398  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Maxidrol collyre, 5 ml  
ANMM Maroc N°54/DMP/21/NCV 406994  
PPV : 30,10 DHS

LOT 199064  
EXP 08/22  
PPV 79DH43

PHARMACIE BOULEON  
Angle Rue d'Alger et Rue des Nations  
Oasis Casablanca  
Tél: 05 22 25 71 71  
Urgence 24/24

Traitement œil .....  
Traitement de 1 mois