

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035305

57002

### 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.

### Biologie 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.

### Prothèse :

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

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : épouse  
Nom & Prénom : S. Naissi  
Date de naissance :  
Adresse : Résidence Beldouan Rue Keigomaral N°6  
An. Dial. Casablanca  
Tél : 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 18 Total des frais engagés : 852,30 dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr Rada MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca - SG  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com  
Date de consultation : 14/12/2020  
Nom et prénom du malade : EL OURY ET SENAÏSSI Jamila Age : 70  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Affection maculaire  
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 : 16/12/2020  
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
14/12/2020	G		300,00	
17/12/2020	G		Gratuite	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/12/2020	65,00
	17/12/2020	487,30

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

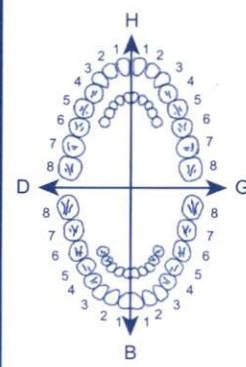
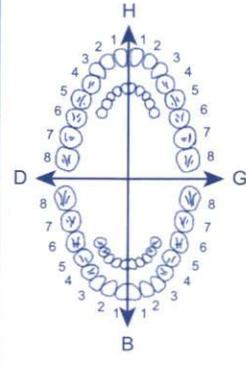
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



PT160400240

14 décembre 2020

**Mme EL OURY EP SENOUSI Jamila**

PHYLARM

1 lavage / jour le matin, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

LARMABAK 90 MG COLLYRE

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

CILOXAN COLLYRE CL

1 goutte x 4 /j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

LEVOPHTA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

ZYRTEC CP

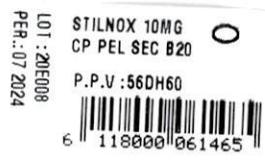
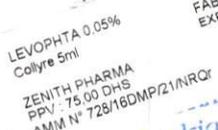
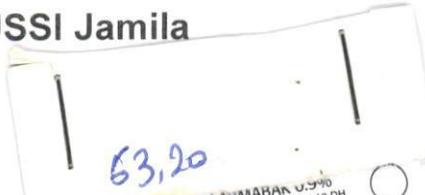
1 cp / jour, pendant 8 jours

STILNOX 10 MG 20 CPS CO

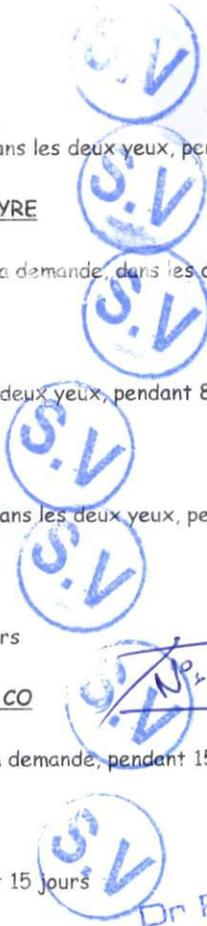
1 cp le soir au coucher à la demande, pendant 15 jours

RELAXIUM B6 CO

1 cp fois par jour, pendant 15 jours



99w  
5410  
khou  
75w  
632w  
5660



PHARMA SKIREDJ Roukia  
15-16 Rue Kergomar Résidence Anbar  
Casablanca - Tél. 0522 79 79 31

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
Tél: (+212) 05 22 47 15 94 Fax: (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail: mikou@cliniquestendhal.com  
ophtalmologie@cliniquestendhal.com



PT160400240

17 décembre 2020

**Mme EL OURY EP SENOUSI Jamila**

65,00  
**VIGAMOX**



1 goutte x 4/jour, pendant 8 jours  
en remplacement de ciloxan



**PHARMACIE HAY EL HANA**  
Mme FIKRI Soumia  
7, Marché El Hana Hay El Hana  
Casablanca - Tél.: 05 22 94 67 49

**Dr Reda Mikou**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : rmikou@cliniquestendhal.com

# Relaxium®

---

# B6

375 mg



*1 gélule par jour*

100 % magnésium &  
vitamine B6

COMPLEXE RELAXANT

LOT: 200362  
DLUO: 11/2023  
99,00DH

VOIE ORALE  
30 GÉLULES

 Deva

148-147 Zi. Tit Mellil - Casablanca

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

Solution stérile pour usage oculaire

# PhyLarm



16 unidoses stériles de 10 ml

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