

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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 caractére 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

Nº M21- 0055644

97628  
Casa  
luya

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6617

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENYOUNES

AZEDDINE

Date de naissance : 17.06.61

Adresse : Gare Ibn Hajar App. II

G.D.N Rabat

Tél. : 06611486694

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. DAOUDI CHAMA

Ophtalmologiste  
59, Av. Fal Oued Ournair, App.8  
4ème Etage, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 77 43 01/06 16 01 02 70  
INPE: 101206209

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.11.2011

Nom et prénom du malade : BENYOUNES Ghada

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Onguillalysie

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº M21-055644

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
24/11/21	Cl		300,00	<i>SAOUDI CHAMA Ophthalmo 51ste 4ème Etage, 101, Bd Caid, Rabat INPE: 101206209 TEL: 05 37 77 43 01 / 06 16 01 02 70</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Remiseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Ibn Hajar 4, Rue Ibn Hajar, 10000 Rabat - Tel: 05 37 68 06 81 INPE: 102032497</i>	24/11/21	140,00

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

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			Coefficient Des Travaux
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
	B			MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Chama DAOUDI ep. TAZI**

Spécialiste des maladies et de la chirurgie des yeux

Nourrissons, Enfants et Adultes

Diplômée des Facultés de Médecine de Rabat et de Paris

Ancien médecin au CHU de Rabat

**الدكتورة شامة الداودي ح. تاري**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

للرضع والأطفال و الكبار

خريجة كلية الطب بالرباط و باريس

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي بالرباط

Le 24 novembre 2021

**Mlle BENOSMANE Ghita**

**ZALERG**

1 goutte 2 fois par jour, pendant 21 jours

**FRAKIDEX COLLYRE**

1 goutte 4 fois par jour pdt 7 j

1 goutte 3 fois par jour pdt 7 j

1 goutte 2 fois par jour pdt 7 j

**FRAKIDEX POMMADE**

1 app le soir pdt 15 j, dans l'œil gauche

**Pharmacie Ibn Hajar**  
4, Rue Ibn Hajar, Agdal  
Rabat - Tél : 05 37 68 06 87  
INPE : 102032497

**FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g**  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

59 Av. 4ème km  
Tél.: 05 37 7436706 16 01  
INPE: 101206209  
Ourir, Agdal  
ZENITH PHARMA  
PPV : 24.80 DHS  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

LOT/ Fabricant :  
FAB/ Date d'exp.  
EXPI/ Date d'exp.

FRAKIDEX  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 24.80 DHS  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

هـ188  
Fabricant :  
FAB/ Date d'exp.  
EXPI/ Date d'exp.

GSM : 06 16 01 02 70 / Email : chamaoph@gmail.com