

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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 Étage 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° W21-692526

127978

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249 Société : BAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENNANI NOSTHA

Date de naissance : 24-09-87

Adresse : 3 RUE HAFID IBRAHIM AP3 CASABLANCA

Tél. : 0661 86986 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur CHELLY Chaik  
Ophtalmologiste  
82, Rue Soumaya (Imm. Fiat)  
Quartier des Palmiers - Casablanca  
Tél. : 05 22 23 30 53 / 05 22 25 83 70  
INPE : 091040931

Cachet du médecin

Date de consultation : 16/09/2019

Nom et prénom du malade : BENNANI NOSTHA

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 : / /

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
03/12/12	CS	1	60	INP : 091040841

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FOUCAULD 27, Rue Moussa Bnouk Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 42 12	03/12/12	437,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>	
				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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B				
	[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	



المد  
مصلحة متعددة

# ORDONNANCE

Mr. médecin traitant : Dr CHELLY Chafik  
Patient : M. BENABDI Mostafa Age : 65 ans Date : 03/03/22

59,90

## - OCUSERUM

1 lavage le matin dans l'œil concerné pendant 1 semaine

58,40

## - SPECTRUM 250 mg

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

35,70 x 2

## TOBRADEX COLLYRE

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
3,5%  
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/ NRQ



6 118001 070602  
69020-4

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 2 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

1 goutte 1 fois par jour dans l'œil concerné pendant 1 semaine

144,10

## VISMED MULTI

1 goutte 4 fois par jour dans l'œil concerné pendant 6 semaines

54,40

## TOBRADEX Pomme

1 application le soir dans l'œil concerné pendant 1 semaine

30,80

## Rondelles Ophtalmologiques

- Mydriatique 4%  
28,90

## Pharmacie FOUCAULT

27, Rue Moussa Brouk - Issaï  
Gauthier, Casablanca

Docteur CHELLY  
Ophtalmologiste  
82, Rue Souk  
Quartier des  
Tél: 05 22 23 30 30  
05 22 23 30 30  
INPE 05 22 23 30 30

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

Lubrifiant oculaire  
Hydroxyde de sodium 0,18%  
Stérile, sans agents conservateurs  
Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples





Arrêter le traitement au Diamox  
et Kahiff

Continuer le traitement par f. Hs 2D.

MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH  
Non remboursable AMO

6 118001 11 070428

A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

FARMILA  
THEA FARMACEUTICI S.p.A.

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

gam : 06.61.33.04.44

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0.3/0.1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DHS

406835 MA

OCUSERUM® 20 Unidoses 5 ml  
P.P.C : 59,90 DH

6 118002 060053

OCUSERUM®: AMM N° 2896/8523/2016/DMP/20/DM