

# 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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal 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° W21-689034

709846

- Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0001198 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENATAR RACHIDA (Veuve RAHMI AHMED)

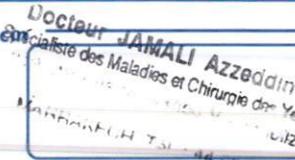
Date de naissance : 26/3/1958

Adresse : LOT NAKHIL N°1191 TARGA MARAKCHI

Tél. : 06 1988 96 27 Total des frais engagés : 534,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/03/2022

Nom et prénom du malade : BENATAR Rachida Age :

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) :

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
22-3-22	C		2500H	INP : 25533412 AMALI Azzedine Spécialiste des Maladies et Chirurgie de la Denture MARTIN ELCH 14.05.25

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI M. BA Docteur en Pharmacie 460 TAZA SIDI M. BA MARTIN ELCH - Tél. 04 95 25 11 17	22/3/2022	254,95 DH

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 canalaires, 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"/>															
	<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

# Docteur Jamali Azzeddine

SPECIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous

ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عز الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بكلية فرن بفرنسا

بالموعد

INP : 071079883

Marrakech, Le 22/03/2022

مراكش في

## BENAJAR Rachida

84.00

1) Naabak collyre

1g x 3/j

2m

75.70

2) Zalerg collyre

1g x 2/j

1m

102.60

3) Aeries cmp

1c/j

2m

22.60

4) Flucon collyre

1g x 3/j----- x7j

1g x 2/j----- x7j

284.90

5) Physiodose

Pour lavage c

SV

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DHS



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amma DKAOUI

SV



Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

SV

AERIOUS® 5 mg  
30 comprimés pelliculés



LOT: 095-1  
DER: OCT 2023  
PPV: 102 DH 60

Docteur JAMALI Azzeddine  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

**Docteur Jamali Azzeddine**

SPÉCIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Clermont Ferrand en France

ICE : 002163054000078

213, Avenue Mohamed V

Marrakech - Guéliz

Tél : 05 24 44 95 25

**22/03/2022**

الدكتور جمالي عز الدين  
اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بكل من فرن بفرنسا

INP : 071079883

213, شارع محمد الخامس - مراكش

الهاتف : 05 24 44 95 25

## **FACTURE**

Honoraires pour consultation  
médicale spécialisée au nom de  
Mme : BENAJAR Rachida soit  
deux cent cinquante dirhams  
(250dhs).

Docteur JAMALI Azzeddine  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
213, Avenue Mohamed V - Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 44 95 25