

# 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.

## Prothèse 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° M21- 0053828

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12685 Société : R.A.T.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NOUAMANI Zayed  
Date de naissance : 10/09/1987  
Adresse : 1 Rue Ned Elphayami Residence Lamerai  
Appt 8 étage 2 Fondeville Casa  
Tél. : 0662 198733 Total des frais engagés : 177,4 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Docteur AMMAR N°  
OPHTALMOLOGIE  
115 Bd. Abderrahim Souabhi  
Oasis - Casablanca  
Tel: 05 22 25 01 00 - 05 22 25 00 4  
Date de consultation : 29/03/2022  
Nom et prénom du malade : NOUAMANI ZAYED Age: 10.09.1987  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : OPHTALMOLOGIQUE  
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 : Casa Le : 29/03/2022  
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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29-03-2022      | G                 | 1                     | 9000                            | Docteur AMMAR Nadi.<br>OPHTALMOLOGISTE<br>115 Bd. Abderrahim Bouabiane<br>Oasis - Casablanca<br>Tel: 05 22 25 01 00 - 05 22 25 00 00 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| HARMACIE NAPOLEON<br>Rue d'Oradour Glane N° 1<br>Oasis - Casablanca<br>Tél : 022.25.05.84 | 29/03/22 | 1777,40               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

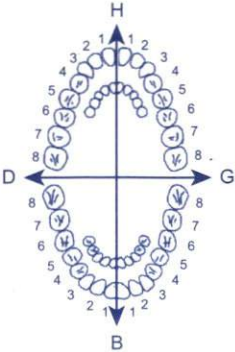
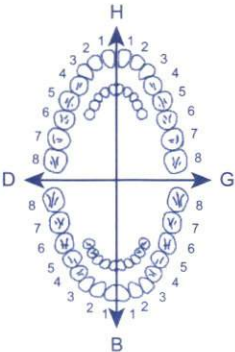
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| 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  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | <table> <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 colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">G</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table> |                  |                     | H                       |                    | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | 25533412   | 21433552         |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | D  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | 00000000   | 00000000         |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | 35533411   | 11433553         |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | G  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | B  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  | DATE DU DEVIS       |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |
|  |  |                  |                     |                         |                    |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV 24DH60 EXP 10/2024 LOT 19033 4

**POTASSIUM LAPROPHAN®**  
Sirop 125 ml

شعة الليزر فوق الصوتية (للعيون)

je ... et traitements maculaires  
UPEC Paris (France)  
tion médico-chirurgicale des lasers  
Montpellier (France)  
rographie clinique (oculaire)  
de Montpellier (France)

— I.N.P : 091010330 —

Casablanca, le : 29 mars 2022 : ساء في

**Mr. NOUAMANI ZAYED**

**1/ FLUCON**

- 1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours
- 1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours

**2/ CILOXAN COLLYRE**

- 1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

**3/ MYDRIATICUM COLLYRE**

- 1 goutte 4 X par jour pendant 8 jours

**4/ EFFIPRED 20 MG 20**

- 3 cp effervescent/j, le matin après le PD pendant 5 jours

**5/ POTASSIUM SIROP**

- 1 CS 1x/j

**Docteur AMMAR N**  
OPHTALMOLOGISTE  
115 Bd Abderrahim Bouabi  
Oasis - Casablanca  
Tel: 05 22 25 01 00 - 05 22

**EFFIPRED® 20 mg**

**115, Bd. Abderrahim Bouabi**  
(ex Bd. Jerrada)  
1er étage  
**OASIS - Casablanca**

PPV 58DH40  
EXP 10/2024  
LOT 10022 2

ice Center  
**5.01.00**  
**5.00.40**

ميم بوعبيد  
(بابقا)  
ول  
البيضاء

MYDRIATICUM 0.5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25.90 DH  
Distribué par les Laboratoires, 30710 HMA  
B.P. N°1, Bousouira - 27182 - MAROC

6 118001070176  
CILOXAN 0.3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DM/P21/NRO  
Labo. J. Jorres Sofinema  
PPV : 45.90 DHS

6 118001070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DM/P21/NCV  
Laboratoires Sofinema  
PPV : 22.60 DHS

Fabrique par  
ALCON CUSI, S.A.  
E-08320 El Masnou - Barcelone