

# 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 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

- Reclamation : 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 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



## Declaration de Maladie

N° W21-791447

157142

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7424 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAMASSE MOSTAFA

Date de naissance : 18-04-1952

Adresse :

Tél. : 0669795094 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid ZAFAD  
Ophtalmologiste  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 09383070

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/03/23

Nom et prénom du malade : NAMASSE MOSTAFA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Decollement Rétine

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 : 14-03-23 Le : 14-03-2023

Signature de l'adhérent(e) :

CLINIQUE AL BACHA  
FACTURATION  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

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
11/03/23	CT	1	07	DR. BACHIR ZAKO INP: 0522 77 77 40 à 49 (L.G) 532, Bd. Panoramique - Casablanca Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax: 05 22 25 00 01 - 11 00 00 00

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/3/23	498,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

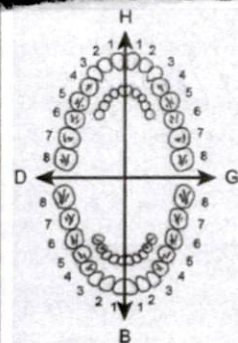
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

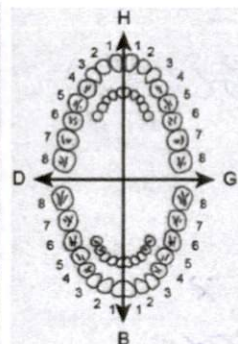
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

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



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DEBUT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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





LOT 221678  
EXP 10/2025  
PPV 51.40DH

## ORDONNANCE RETINE

Casablanca, le 14/07/23

Nom et prénom du patient : Namasse Mostafa

### TOBRADEX COLLYRE

- 1 goutte 5 fois par jour pendant 1 semaine
- 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte le soir pendant 2 semaines

### SPECTRUM COLLYRE

### AQUALARM COLLYRE UD

### MAXIDROL POMMADE

### SPECTRUM 250MG

### Rondelles oculaires

**BAUSCH + LOMB**  
**Aqualarm**  
**U.P. intensive**  
0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)  
ZENITH Pharma  
PPC : 145,0 DH

LOT: A020089  
PER: 01-2025  
PPV: 33.00DH

**BAUSCH + LOMB**  
**Aqualarm**  
**U.P. intensive**  
0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)  
ZENITH Pharma  
PPC : 145,0 DH

**BAUSCH + LOMB**  
**Aqualarm**  
**U.P. intensive**  
0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)  
ZENITH Pharma  
PPC : 145,0 DH

PHARMACIE SOPHIA  
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui  
214, Bd. Ibnou Sina - CASA  
Tél: 0522 36 01 64

**CLINIQUE AL**  
532, Bd Panoramique  
Tél.: 05 22 77 77 40  
Fax: 05 22 77 77 40

**Dr. Rachid**  
Ophtalmologue  
532, Bd Panoramique  
Tél.: 05 22 77 77 40  
Fax: 05 22 77 77 40

NB :- Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle  
- Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 20/02/2023

N° : 230220143515KE

Nom patient : **NAMASSE MOSTAFA**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **CATARACTE OG**  
**CATARACTE OG**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE		25	K130	130,00	3 250,00
ANESTHESISTE		30	K40	40,00	1 200,00
SEJOUR		1	FC	400,00	400,00
PHAMACIE		10	K130	130,00	1 300,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>6 150,00</b>
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. ZAFAD RACHID (ophtalmologue)		30	K130	130,00	3 900,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>3 900,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS**

**Total devis 10 050,00**

**CLINIQUE AL MADINA**  
**PEC**  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01