

# 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

- 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 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- 073851

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4216 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : JEMEL BOUCHAIB  
 Date de naissance : 11.01.1940  
 Adresse : BOUJA N° 2 N. Rue  
 Tél. 06 30 58 82 27 Total des frais engagés : 1182,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 10 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : Jemel Bouchaib Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection chronique  
 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 : BOUJA Le : 10/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : Jemel Bouchaib



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
10 MAI 2023	G		2000	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10-05-23	985,80

### 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
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veillez 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															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des Soins <input type="text"/>														
				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 OUHADI Souad**

**Maladies et Chirurgie des yeux**

Adulte et Enfant

Cataracte - Lasik et esthétique des yeux  
Chirurgie des paupières et des voies lacrymales  
Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact  
Permis de Conduire

keratocone



**الدكتورة أهادي سعاد**

**أمراض و جراحة العيون**

لل كبار والصغار

جراحة الجلابة

معالجة قصر البصر بالليزر

جراحة وتجميل الجفون

جراحة مسالك الدموع

الحوول - الضغط - العدسات اللاصقة

رخصة السياقة

INPE: 091021162

Casablanca, le : 10/05/2023 : الدار البيضاء في :

**Mr Jemel Bouchaib**

192.10x3

**DUOTRAV COLLYRES N° 3**

1 goutte par jour (pendant 3 mois)

**TRUSOPT COLLYRES N° 3**

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 3 mois)

**LOTHEMAX COLLYRES**

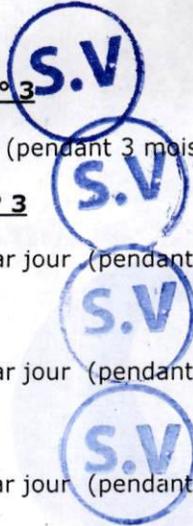
1 goutte, 3 fois par jour (pendant 15 jours)

**NAVILIPO COLLYRES**

1 goutte, 3 fois par jour (pendant 3 mois)

98.80

982.80



LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUJ  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DE  
Tél: 05 22 51 47 07

ad

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENJELLOUJ  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DE  
Tél: 05 22 51 47 07

Dr. Akid Allam, Résidence Annakhla 4, 1<sup>er</sup> étage Apt.3 - Bournazil - Casablanca - Tél: 05 22 56 06 56  
Ophtalmologiste

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL  
collyre en solution, 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sothema Bouskoura  
PV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ  
Remboursable AMO  
407393 MA

Tableau A (Liste I)  
Distribué au Maroc par Zenith Phar  
AMM Maroc N° 60/20/DMP/21/NROD  
PPV = 112,50 DHS  
LOTEMAX est une marque déposée  
Incorporated ou de ses filiales.  
© 2020 Bausch & Lomb Incorpora  
Bausch & Lomb  
مستعمل لشركة  
بالتابعة لبوش  
& لومب

V.2