

## 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-776299

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7332 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUHADDIOU Abderrahmane  
 Date de naissance : 12/03/68  
 Adresse : habtuelle  
 Tél. : 066 1052 138  
 Total des frais engagés : 341,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 17/06/2023  
 Nom et prénom du malade : BOUHA Ldoui Abderrahmane  
 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 : Casablanca Le : 26/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
17/06/23			250 DA	INP : 091172585

**DR BENAIOUSSA Khadija**  
 Dentiste - Homeopathe  
 Melouia N°33-Quila - Casa  
 Tél: 09 11 72 58 50 - 06 66 38 93 36

# EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/06/23	91.30 DA
		91.30 DA
		INP 109219990

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

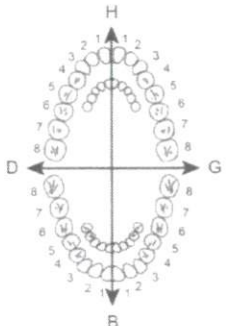
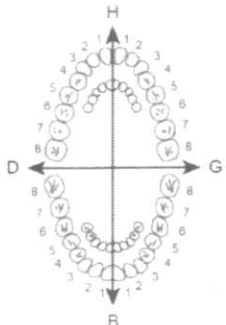
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			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



# Dr. BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte - Strabisme - Glaucome
- Contactologie - Angio - OCT - Laser
- Chirurgie de la myopie : Lasik - Smile

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine  
et de pharmacie - Casablanca

Sur rendez-vous - الزيارة بالموعود

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- العدسات اللاصقة - تصوير الشبكية
- جراحة تصحيح البصر - لازيك - سمايل

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة  
الدار البيضاء

17 juin 2023

Casablanca, le : .....

Mr. BOUHADDIOUI ABDERRAHMAN



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

1 goutte 5 fois par jour, dans l'œil droit

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

6118001270118

LOT/عبار

FAB/تاريخ الإنتاج

EXP/تاريخ انتهاء الصلاحية

PPV : 24,60 DHS

H8364

04-2022

03-2024

2/ FRAKIDEX COLLYRE

1 goutte 5 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 10 jours

3/ FRAKIDEX POMMADE

1 app le soir, dans l'œil droit, pendant 10 jours

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20,80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

Date de fab 11.2022  
Date Exp 10.2024  
Lot 892

Dr. BENMOUSSA Khadija  
Ophtalmologue - Homéopathe  
Lot 10 - Ag. Sidi Moussa Bd Oued  
Melouia N°33 - Oulfa - Casa  
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36



RON Jardi

10-11, Lotissement Salwane - Bd. Oued Melouia - 3<sup>ème</sup> Etage - Bureaux 33 - Hay Oulfa - Casablanca  
(Au dessus de Marjane Market) ☎ : 05 22 89 36 20 - 📠 : 06 66 38 53 36 - ✉ : Khadija\_benmoussa@yahoo.fr