

## 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.

### Radiologue 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 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° W21-790128

76586

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 7924		Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUAMAR Mohamed		Date de naissance : 16 Mars 1955	
Adresse : 265 Rue des amazighes		Tél. : 0661168722 Dr Siham NADA	
Total des frais engagés : Dhs			
Cadre réservé au Médecin : Dr Siham NADA Rond Point Al Kadiri, N° 10 Rés Nada 4 Sidi El Ghoul Tel : 05 22 78 07			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 24/07/23			
Nom et prénom du malade : SOUKAINA BOUAMAR Age: 48ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allusion Oculaire			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 Sept. 2023			
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) :

VOLET ADHÉRENT

## **RELEVE 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
24/07/23	Ca		300,10	INP : 09M144998 Dr Siham NAJID El Kastri, Rés Nadia Angle Bd Al Qods et Rond Point Al Aqsa

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**Gachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

Date

*870*  
Montant de la Facture

24/7/23

A8470

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **RELEVE 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"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H</b></p> <table border="0"> <tr><td align="center">D</td><td align="center">H</td><td align="center">G</td></tr> <tr><td align="center"></td><td align="center"></td><td align="center"></td></tr> <tr><td align="center">B</td><td align="center">B</td><td align="center"></td></tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	G				B	B		Coefficient des travaux <input type="text"/>
D	H	G												
B	B													
				Montants des soins <input type="text"/>										
				Date du devis <input type="text"/>										
				Date de l'exécution <input type="text"/>										

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact



# الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

24 juillet 2023

Mlle BOUAMAR Soukaina

7570

ZALERG collyre



1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux  
Traitement pendant : 2 Mois.

HYE collyre

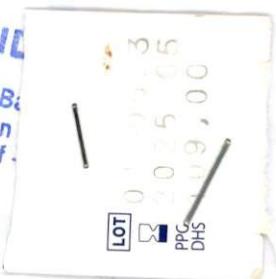


1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

109,00  
Traitemen t pendant : 6 Mois

124,70

Dr Siham NAJID  
Ophthalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakre el Kadiri, Rés Nada A Séme Elg en Rond Point Al Moustakbal Sidi Maarouf.  
Tél : 05 22 78 78 07



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri , Rés. Collaboration 'A' 3ème étg en face Rond point al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القاديسي، إقامة تعاون "A" الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل سيدني معروف الدار البيضاء

Date de première ouverture  
تاريخ الفتح لأول مرة

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Dioun,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

EXP 03/2025  
Fab 03/2023  
Lot 216263

12, rue Louis Blouin - 63017 Clermont-Ferrand  
Cedex 2 - France  
Téléphone : 04 73 26 63017 - 12 32 26 63017 - 2 23 26 63017

Laboratoires THÉA