

# 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

- 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

M22- 0010959

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2069 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
 Nom & Prénom : Mr. SOUMMANE Abdessadeq  
 Date de naissance : 01-01-1949  
 Adresse : Habituelle  
 Tél. : 07 66 60 67 89 Total des frais engagés : 300,04 + 139,60 = 439,64 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : SOUMMANE Abdessadeq Age : 74 ans

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 05/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Je déclare bien le qu...

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET A



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE du 2 MARS</b> <b>Mme. EL ALAOUI Aicha</b> <b>575, Av. du 2 Mars Andalous 1</b> <b>Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca</b> <b>092000421</b>	04/10/23	439,60 -

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

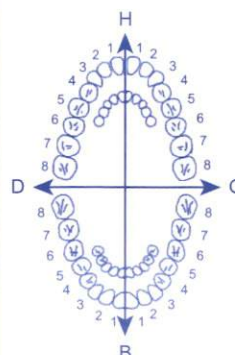
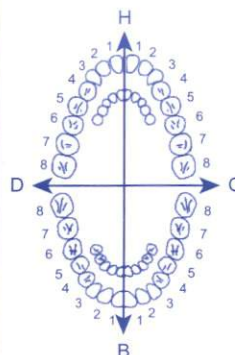
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Aqualarm**  
**U.P. intensiv**  
 0.24% hyaluronic acid  
 (as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
 PPC : 145,00 DH

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**LATANO JP** 0.003  
 Latanoprost

PPV: 98 DH 20

**LATANO JP** 0.005  
 Latanoprost

PPV: 98 DH 20

**LATANO JP** 0.005  
 Latanoprost

PPV: 98 DH 20

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

0.24% hyaluronic acid  
(as sodium hyaluronate)

ZENITH Pharma  
PPC : 145,00 DH

4 030571 004936

**LATANO<sup>TM</sup> JP** 0.005%  
Latanoprost

6 118001 041145

PPV: 98 DH 20

**LATANO<sup>SM</sup> JP** 0.005%  
6 118001 041145

PPV: 98 DH 20

**LATANO<sup>TM</sup> JP** 0.005%  
Latanoprost

6 118001 041145

PPV: 98 DH 20



**Dr. SOUMAYA RAID**

**OPHTHALMOLOGUE**

**Adultes et Enfants**

**Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca**



**د. سمية رايش**

**أخصائية في طب و جراحة العيون  
للکبار و الصغار**

**خريجة كلية الطب  
و الصيدلة بالدار البيضاء**

**ORDONNANCE**

Casablanca le **04/10/23**

**Mr. SOUMMANE Abdessadeq**

**98,20 x3**

**LATANO**

1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**145,00**

**AQUALARM UP**

collyre 1 goutte 4 fois / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**439,60**

**PHARMACIE du 2 MARS**  
Mme. EL ALAOUÏ Aïcha  
575. Av. du 2 Mars Andalous 1  
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

**Dr. RAID Soumaya**  
Ophtalmologue N° 9  
848, Angle du 2 mars et  
Bd Modibo Keita  
Gsm 06 61 96 06 11

548 محج 2 مارس تقاطع شارع موديبيوكيتا الطابق 2 رقم 9 إقامة السنة - الدار البيضاء

548, Av 2 Mars Ang Bd Modibo keita, Etg 2 N° 9 Rés. Sonna - Casablanca

☎ 05 22 28 28 00 ☎ 06 61 96 06 11 ✉ raidsoumaya@gmail.com