

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0023920

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6744 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Ex BNE  
 Nom & Prénom : R. A. A. A.  
 Date de naissance : 21/01/63  
 Adresse : 4, Rue Tachoute CASAB  
 Tél : 0661 39 17 16 Total des frais engagés : 236,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 23/11/2023  
 Nom et prénom du malade : JAKAL Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cataracte  
 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 : CASAB Le : 23/11/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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

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
23/11/23		1	G	

**Dr. BENHARBI Mohammed**  
 Ophtalmologiste  
 INPE : 101107829  
 Hôpital Cheikh Zaid - Rabat

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/23	236,10

### 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 :**

Veuillez 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														
				CCOEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT 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		CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<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





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE  
CHEIKH ZAÏD

Hôpital Cheikh Zaïd DI:3 359 076 CNSS-AMO  
DI:3 359 080 CLIENTS PA  
**DAOUMER JAMAL**  
Sexe : M IPP:1578034 H230136229  
Entrée : 23/11/2023 Nais : 25/05/1959  
Chambre : HA6 Age : 64  
Service : CENTRE OPHTALMOLOGIE



Fondation Cheikh Zaïd Ibn Soltan  
مؤسسة الشيخ زايد ابن سلطان

A l'œil opéré, à partir de demain :

Hôpital Cheikh Zaïd DI:3 359 076 CNSS-AMO  
DI:3 359 080 CLIENTS PA

**Tobradex collyre :**

01 goutte 6 fois par jour pendant 30 jours (une goutte toutes les 3 à 4 heures)

**Tobradex pommade :**

01 application le soir au coucher pendant 30 jours

**INDO collyre**

01 goutte 3 fois /j toute les 6 heures pendant 15 jours

**Ce soir : Doliprane 500 mg**

01 cp à 17 h et 01 cp à 22h

**Compresse stériles :**

Pour nettoyer autour de l'œil au réveil et si nécessaire pendant la journée après l'instillation de collyres

**Rondelles oculaires adhésives :**

Garder l'œil opéré couvert d'une rondelle adhésive pendant les 3 jours qui suivent l'opération. Soulever la rondelle avant chaque instillation, et changer de rondelle si elle colle plus à la peau. Changer aussi la rondelle chaque matin au réveil et le soir au coucher.

Après 3 jours couvrir l'œil seulement pour dormir pendant encore une semaine

Contrôle demain matin en consultation pour examen et changement du 1<sup>er</sup> pansement

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO  
Boîte de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH

**TOBRADEx®**  
POMMADE OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/21/ NRQ  
6 118001 070602  
690206 MA

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم البعثة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 19648  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 05-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 0-2024  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

PPV:10DH30  
PER:04/26  
LOT:M1366

Dr. M. Benharbit  
Spécialiste en Ophtal  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaïd  
Centre d'Ophtalmologie - Rabat  
INPE : 101107829

Dr. BENHARBIT Mohammed  
Ophtalmologiste  
INPE : 101107829  
Hôpital Cheikh Zaïd - Rabat