

# 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.  
que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

Déclaration : contact@mupras.com  
Mise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Siège Social : 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° P19- 064486

ND: 46449

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4680 Société : R.A.M. Retraite  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SKALLI HOUSSEINI MOHAMED  
Date de naissance : 18-07-1950  
Adresse : 4, Rue ORAN (Résidence AIDA) CASABLANCA  
Tél. : 06-66-12-08-09 Total des frais engagés : 440,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : MOHAMED OUAKELOUM Age : 51/01/56  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 11/11/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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	Coefficient des																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																					
			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>SKALLI HOUSSEINI-Mr</u>	Mle <u>4680</u>
DECLARATION N° <u>W18-363401</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>09-11-2020</u>	<u>250,00 (Pharmacie)</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-363401

DATE DE DEPOT

03/11/2020

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>			Mle <u>4680</u>
Nom & Prénom <u>SKALLI HOUSSEINI-Mr</u>			
Fonction: <u>Retraite</u>		Phones: <u>06-66190209</u>	
Mail: _____			
<b>MEDECIN</b>		Prénom du patient <u>MEKOUAR OUMKELTOUN</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>56 ans</u>
Nature de la maladie		Date <u>7 Nove 2020</u>	
<u>Amétropie.</u>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>A</u>		<u>K10</u>	<u>2500F</u>
<b>PHARMACIE</b>		Date <u>07/11/2020</u>	
Montant de la facture		Mme <u>ALLOUCHE Zohry Khadija</u>	
		Pharmacie les Arènes	
		5, Rue Valat Eddine Sayouti	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date <u>05/22/2020</u>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>			Date: _____
Nombre			Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV

**Dr Khalid BAHNE**  
OPHTALMOLOGISTE  
Boulevard Mohamed VI  
Rue Fatima Zahra  
3ème étage N° 6 Casablanca

190,00

Docteur Khalid BANINE

Ophthalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phaco)
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور خالد بنين

- إختصاصي في طب وجراحة العيون
- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

Casablanca, le :

7 Nove 2020

الدار البيضاء . في :

MEKOUAR

Dr Khalid BANINE  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adria  
El Mourakouchi Rés Fatima Zahra  
3ème étage N° 6 Casablanca

MEKOUAR

AS

AS

AS

22.60 Fleum

145.00 Aqualum

22.40 Naxi dual

180x 3/6

180x 3/6

180x 3/6

6 = 190.00

Mme ALLOUCHE Zohry Khadija

Pharmacie les Arènes  
5, Rue Jalal Eddine Sayouti  
Quartier Racine

Tél 05 22 36 28 24 - Casablanca

Dr Khalid BANINE  
OPHTALMOLOGISTE  
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn El Adria  
El Mourakouchi Rés Fatima Zahra  
3ème étage N° 6 Casablanca

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Al Adria El Mourakouchi  
Résidence Fatima Zahra II 3ème étage - N°6 Casablanca  
(au dessus de ACIMA et BMCE) - Tél. : 0522 61 22 22

زاوية شارع ابن تاشفين و شارع ابن العذراء المراكشي  
إقامة فاطمة الزهراء II الطابق 3 رقم 6 - الدار البيضاء  
0522 61 22 22 : الهاتف (BMCE أسسما)

E-mail : kbanine@gmail.com

**BRUSCH + LOMB**  
**Aqualarm U.P.**  
**Intensive**  
Solution ophtalmique 10 ml

Date FAB / تاريخ التصنيع

تاريخ نهاية الصلاحية

رقم الحصة / LOT

2019-11  
2021-10  
969

6 118001 070244  
**Flucon collyre de 3**  
A.M.M. N° 103DMP/21/1  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

6 118001 0404  
**Laboratoires Sothema Bouskoura**  
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g  
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI  
PPV : 22,40 DHS

406805

**ZENITH Pharma**  
PPC : 145,00 DH