

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- 0024194

246465

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004497 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : BENNANI TARIK
 Date de naissance : 13-01-1961
 Adresse : 10 LOT BEVERLY CALIFORNIE 20170 CASABLANCA
 Tél. : 0661198070 Total des frais engagés : 636,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/12/22
 Nom et prénom du malade : BENNANI TARIK Age : 62
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Bronchite asthmatique
 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 Signature de l'adhérent(e) : Le : 27/12/22

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
21/12/22		1	636,90	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.12.22	636,90

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
		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 :

Veillez 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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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. Ghita TOUZANI

Chirurgien ophtalmologiste



الدكتورة غيثة التزاني

طب و جراحة العيون

- Diplômée des Universités de Médecine de Casablanca et de Pierre & Marie curie Paris VI

- Chirurgie de la cataracte
- Maladies et chirurgie de la cornée
- Adaptation en lentilles de contact
- Rétine médicale et inflammation oculaire
- Chirurgie des voies lacrymales
- Laser, OCT, Angiographie, IVT

- خريجة كليتي الطب بالدار البيضاء و بيير و ماري كوري باريس VI

- جراحة الجلالة
- أمراض و جراحة القرنية
- العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية و التهاب العيون
- جراحة مسالك الدموع
- تصوير الشبكية-الليزر

Dr. Ghita TOUZANI
Chirurgien ophtalmologiste
091256701

Ordonnance

Casablanca Le : 27/12/22

PHARMACIE HADJ LAMINE
Avenue Mohammed VI
Casablanca - Tél : 0522 144 708

Bennari Touf

PPV 79DH70
PER 11/23
LOT J3106

1) AS 500
1 cp x 2j x 5j
99,40



2) DEROX 30
2 cp le matin
79,20



DEFAX® 30 mg
Défazacort
10 comprimés sécables
6 118001 220816
AMM N° 13/2020 DMP/21 NCV

3) Touder sup
1 cart x 3j x 1sm
291,00

PPV: 92,40 DH
IBERMA

LOT 104789/FC5
PER 04/2025
PPC 79,90

4) Foster
1 pulv x le matin x

Foster 100/6µg, solution pour inhalation en flacon pressurisé
Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem
PPV : 291DH00

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V.: 50, 10 DH
Distribué par MSD Maroc

50,10
5) Nasonex



1 pulvé le soir nasale x 1 sem
14,60 x 3

6) Doliprane 1g



1 g x 2 j x 10 j

Dr. Ghita TOUZANI
Chirurgien Ophthalmologiste

PHARMACIE JARDINS POLO
Docteur en Pharmacie
Rajaa SEKKAT
N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

PHARMACIE JARDINS POLO
Docteur en Pharmacie
Rajaa SEKKAT
N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

PPV 14 DH 60
PER 05 / 25
LOT L1743
S1

14,60
PPV 14 DH 60
PER 07 / 25
LOT L2836

PPV 14 DH 60
PER 08 / 25
LOT L2751