

## 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-446277

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 01213 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MOUSSAFIR MOHAMED

Date de naissance : 15.06.1949

Adresse : 50, lotissement EL MANZAH

Mohammedia

Tél. : 0662875416 Total des frais engagés : 4104,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mohamed Age :

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 : 07/02/2020

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-446277

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 01213

Nom de l'adhérent(e) : MOUSSAFIR

Total des frais engagés : 4104,80

Date de dépôt :

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/02/20        | C.S.              | 6                     | 250,00                          | INP : 6407298P1<br>PHARMACIE PALMIER<br>Res Palmer, Angle Bd Zekkouri<br>El Abdelloumen, Bn 5 <sup>e</sup> N°4<br>Mohammedia-Tel:0523329895 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE PALMIER<br>Res Palmer, Angle Bd Zekkouri<br>El Abdelloumen, Bn 5 <sup>e</sup> N°4<br>Mohammedia-Tel:0523329895 | 07/02/20 | 554,80                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier            | Date des Soins | Nombre |     |     |          | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|-----|-----|----------|---------------------------------|
|   |                | A M    | P C | I M | I V      |                                 |
| Optical Discount<br>Centre Commercial Marjane |                |        |     |     | 35,50,00 |                                 |
|   |                |        |     |     |          |                                 |
|   |                |        |     |     |          |                                 |
|   |                |        |     |     |          |                                 |
|   |                |        |     |     |          |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP :    |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|----------|
|                 |                |                  |             | 11111111 |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |
|                 |                |                  |             |          |

COEFFICIENT DES TRAVAUX

|  |
|--|
|  |
|--|

MONTANTS DES SOINS

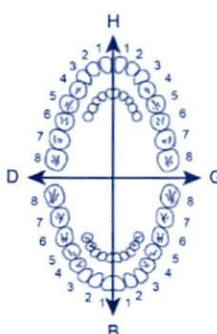
|  |
|--|
|  |
|--|

DEBUT D'EXECUTION

|  |
|--|
|  |
|--|

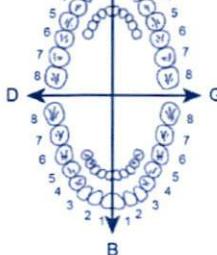
FIN D'EXECUTION

|  |
|--|
|  |
|--|



### ODF PROTHESES DENTAIRES

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

|  |
|--|
|  |
|--|

MONTANTS DES SOINS

|  |
|--|
|  |
|--|

DATE DU DEVIS

|  |
|--|
|  |
|--|

DATE DE L'EXECUTION

|  |
|--|
|  |
|--|

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتورة حسناء العماري  
Docteur Hasnaâ LAMARI

المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض و جراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

أستاذة في طب و جراحة العيون  
شخص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée adulte et enfants

07 février 2020

Mr. MOUSSAFIR Mohamed

22,60

FLUCON COLL

S.V

1 gtt 3f/j pd 10j,  
puis 2f/j pd 5j,  
puis 1f/j pd 5j , dans les deux yeux

HYFRESH

S.V

1 gtt x 3 / j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

54,10 x 2

LARMABAK COLLYRE

S.V

1 gtt 4f/j, dans les deux yeux, pendant 3 mois

34,00

LIPOSIC GEL

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

1 app / j le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

554,80

PHARMACIE PALMIER  
Res Palmer, Ang. Bd Zekhour  
T3 - Abdelloumen, Imm "B", N°4  
Mohammedia - Tel: 0523329895



6 118001 070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sotherma  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

PPC : 130 DH 00

C : 130 DH 00

PPC : 130 DH 00

LARMABAK 0,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

Dr. HASNAâ LAMARI  
PROFESSEURE SPÉCIALEÉE OPHTALMOLOGIE  
CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
BD HASNAâ LAMARI  
URGENCES : 05 23 32 90 02  
33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia  
Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63  
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma  
Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084



INPE : 091032987



المصحة المتخصصة المحمدية  
في أمراض و جراحة العيون

CLINIQUE SPECIALISÉE MOHAMMEDIA  
OPHTALMOLOGIE

الدكتورة حسناء العماري  
Docteur Hasnaâ LAMARI

أستاذة في طب و جراحة العيون  
فخص متخصص للبالغين و الصغار

Professeur agrégée Ophtalmologie  
Consultation spécialisée adulte et enfants

07 février 2020

Mr. MOUSSAFIR Mohamed

Monture + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 5.75 (- 3.50 à 89°)

OG = - 4.50 (- 3.50 à 82°)

Optical Discount  
Opticien  
Centre Commercial Marjane  
Mohammedia - Tél : 05 23 37 60 54

Dr. HASNAâ LAMARI  
PROFESSEUR AGGRÉGÉE OPHTALMOLOGIE  
CLINIQUE SPECIALISÉE OPHTALMOLOGIE  
URGENCES : 05 23 32 90 02  
33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia



33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia  
Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63  
Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : [www.ophtalmoclinic.ma](http://www.ophtalmoclinic.ma)  
Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084

OPTICAL GALERI MOHAMMEDIA

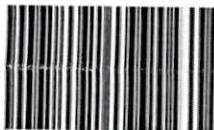
Mohammedia le 04/03/2020  
FACTURE 200200071

NOM : MOUSSAFIR MOHAMMED

| Code | Oeil droit |       |     | Oeil gauche |       |     |
|------|------------|-------|-----|-------------|-------|-----|
|      | Sph        | cyl   | Axe | Sph         | Cyl   | Axe |
| loin | -5.75      | -3.50 | 89  | -4.50       | -3.50 | 82  |
| Prés |            |       |     |             |       |     |
| ADD  |            |       |     |             |       |     |

| QUANTITE     | DESINGATION                                     | PX UNITAIRE | PX GLOBAL      |
|--------------|---|-------------|----------------|
| 1            | MONTURE   | 550.00      | 550.00         |
| 2            | VERRES ORGANIQUES<br>1.7 AMINCIS<br>ANTIREFLETS | 1500.00     | 3000.00        |
| <b>TOTAL</b> |   |             | <b>3550.00</b> |

|  |  |
|--|--|
| Mode de paiement                         | CARTE BANCAIRE                             |
| Arrêté la présente facture à la somme de | TROIS MILLE CINQ CENT CINQUANTE<br>DIRHAMS |



095013975

Optical Discount  
Opticien  
Centre Commercial Marjane  
Mohammedia - Tél : 05.23.32.60.54

Siège Social : Centre Commercial Marjane Route Secondaire 101 Magasin N°20-MOHAMMEDIA  
Tel : 0523 32 60 54 Email : opticalmohammedia@gmail.com  
R.C : 7699 - I.F : 40285308 - C.N.S.S : 8034829  
PATENTE : 39559355 - ICE : 000079060000059