

# 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.

## Biologie 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise 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.

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

N° P19- 068028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2126 Société : la retraite

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAZARI AHMED

Date de naissance : 1939

Adresse : Rue 35, Hay mersoudia, Immeuble 14

Tél. 05 22 57 4782 Total des frais engagés : 1071,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AOUFOUCHI  
Ophthalmologiste  
Hay Sadri, Av. Moati Ben Ziad  
Imm. "D" N° 7 - Casablanca

Date de consultation : 09/07/2020

Nom et prénom du malade : NAZARI AHMED Age: 1939

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : 9/07/2020





# 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                                 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05 JUL 2020     | 248               |                       | 25081                           | Dr. AOUFOUCHI<br>Ophthalmogiste<br>Hay Sadri, Av. Meâti Ben Ziad<br>Imm. "D" N°7 - Casablanca, |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie BEN ALI<br>09107/20          | 09/07/20 | 821.00                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| 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<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H<br/> 25533412<br/> 00000000<br/> D<br/> 00000000<br/> 35533411 </div> <div> H<br/> 21433552<br/> 00000000<br/> G<br/> 00000000<br/> 11433553<br/> B </div> </div><br><b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |
|                              |   |                  |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur M. AOUFOUCHI**

**Ophtalmologiste**

Spécialiste de la Chirurgie  
et des Maladies des Yeux  
Cataracte - Glaucome - Strabisme  
Voies Lacrymales - Angiographie  
Laser - Lentilles de Contact...  
Chirurgie de la Myopie

**الدكتور م. أوفوشي**

أخصائي في أمراض وجراحة العيون  
جلالة - الزرق - الحول  
مسالك الدموع - انجيوكرافيا  
الليزر - العدسات اللاصقة . .  
جراحة عيوب البصر

Casablanca, le 09 JUL 2020 ..... الدار البيضاء، في

NAZAR AHMED .

164,20 X 5

→ (0 80 24 004) ~ 15 .

+ 21, 00h .

821, 00

ABRACOTE BOMALIA  
Bd. Méd. VI - Casablanca  
5 22 29 19 95

**Dr. AOUFOUCHI**

**Ophtalmogiste**

Hay Sadri, Av. Maâ ti Ben Ziad  
Imm. "D" N° 7 - Casablanca

شارع المعطي بن زياد - عمارة "د" رقم 7 - حي الصدري - المركب الخيري بن امسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.71.95.56  
Av. Maâ ti Ben Ziad, Imm. "D" N° 7 - Hay Sadri, Ben M'Sik Sidi Othman - CASA - Tél.: 05.22. 71.95.56

Tél.: 06 39 81 02 94 /95



LOT S033762 1

EXP 08 2021

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S029887 1

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

LOT S029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

LOT T002108 1

EXP 11 2021

PPV 164.20 DH

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

**COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml**  
COLLYRE EN SOLUTION  
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082