

# 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.

## Éducation :

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



N D : 39290

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024563

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0851 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : operée oeil droit  
Nom & Prénom : GHERRAS Abdelmajid Date de naissance :  
Adresse : 14 Rue Banafsay Apt 11 HY Erraha Casablanca  
Tél. : 0615804322 Total des frais engagés : 312 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 18/09/2020  
Nom et prénom du malade : MATBI MALOU Age : 1958  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Operée de l'oeil droit  
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 : 07/09/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 18/08/02        |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 18/08/02 | 312,5                 |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

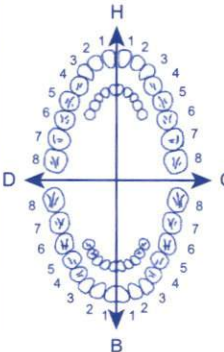
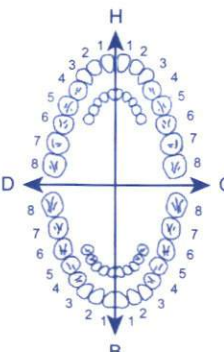
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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 |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><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> <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |             | H                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 25533412  | 21433552  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| D   | G   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 00000000  | 00000000  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| 35533411  | 11433553  |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
| B   |   |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|  |   |                  |             | 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

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
لدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 18-08-20

## ORDONNANCE MEDICALE

Concernant : M. EL HACHIMI

50,00

- PHYLARM

1 Rinçage 2 fois par jour

40,40

- INDOCOLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

60,00

- EXOCINE Collyre

1 goutte 4 fois par jour

30,00

- CILOXAN OU FRAKIDEX Pommade

1 Application 1 fois par jour le soir

15,00 + 30,00

- MAXIDROL Collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

70,40

- COMPRESSES OPHTALMO STERILES

3/12,50

- CATEX CP 250 MG

1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

Docteur  
J. ZAIM  
Ophtalmologiste

Traitement œil : d.f.

Traitement de 1 mois

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

ملف 250 يكس

LOT 199064

EXP 08/22

PPV 79DH40

أقراص ملبسة

عن طريق الفم

0.3%  
Ofloxacin  
Collyre en solution

PPV:40DH40

Flacon de 5 ml

CILOXAN® 0,3%  
POMMADE OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP  
PPV: 60,00 DHS

Remboursable AMO



6 118001 070855  
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis