

# 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.

## Educational :

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.

## Prothèse :

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

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- 0046535

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4842 Société : 45464

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : STITOU Amine

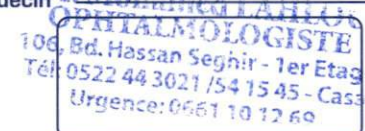
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 585417 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 SEP 2020

Nom et prénom du malade : STITOU Mina Age :

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : Le : 27/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
16 SEP 2020	CS FO = KAS	CL	300 W 150 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.09.2020	347.90

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

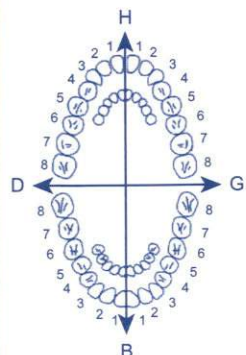
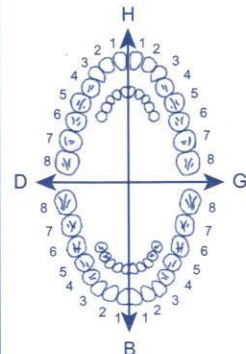
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important :

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

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> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) 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'EX

LEVOPHTA 0,05%  
Cylindre 5/10

ZENITH PHARMACEUTICALS  
PPV 75.00 DHS  
AMM N°41 DMP/21/NR

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g : PPV : 38,50 DH



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

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie  
Chirurgie de Cataracte par Phako  
Lentilles de contact - Laser - Angiographie  
Chirurgie de la Paupière

لجلو  
راحة العيون

بولي  
ستشفيات  
الملكية  
ية لطب العيون  
ة بالليزر  
اللاصقة  
جراحة الجفون

Date fab.: تاريخ التصنيع:  
Exp.: تاريخ الانتهاء:  
N° de lot: الدفعة:



Casablanca, le 16 SEP. 2020

STITOU - Anissa

45mg

1) levopht 0.05

gts NetS x 1h

2) lotemax 0.05

112.50

gts + 31' x 10

3) siccafluid 0.05

38.50

gts + 31' x 1h

4) phynidol 0.05

37.20

gts + 31' x 1h  
cavage oculaire

5) zen lag

84.20

NetS x 1h

106 شارع حسن الصغير، الطابق الأول. الدار البيضاء. الهاتف : 0522 54 15 45 / 0522 44 30 21 - المصور : 0661 10 12 69

106 Bd Hassan Séghir, Kissariat Ben Jelloun. 1er étage. Casablanca - Tél : 0522 44 30 21/0522 54 15 45 - GSM : 0661 10 12 69



Docteur Mohamed Lahlou

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Ophtalmologiste aux Forces Armées Royales

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de Cataracte par Phako

Lentilles de contact - Laser - Angiographie

Chirurgie de la Paupière

الدكتور محمد لعلو  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة مونبليي  
طبيب عيون سابق بمستشفيات  
القوات المسلحة الملكية  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون  
جراحة الجلالة بالليزر  
العدسة اللاصقة  
جراحة الجفون

Casablanca, le 16 SEP. 2020

NOTE D'HONORAIRE  
Mme. STITOU Aminan  
FOND. D'OEIL

Fond d'œil dans le cadre d'une  
Néoplasie forte 006 opérée de  
Cataracte

FO = 15000  
= 15000  
Cent cinquante

Signature  
Dr. Mohamed Lahlou  
Ophtalmologiste  
106, Bd Hassan Séghir - 1er Étage  
Tél: 0522 44 30 21 / 54 15 45 - Cas  
Urgence: 0661 10 12 69