

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : No 512 Société : 46687

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29.06.1959

Adresse : HAY EL OULFA RUE 22 N° 12

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Docteur Mohamed BENNANI**

Ophtalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

Date de consultation : 19/10/2020

Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age : .....

Lien de parenté : Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Appel de l'œil

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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

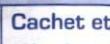
Fait à : ..... Le : 19/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : .....

**MUPRAS**  
**ACCIDENT 2020**

## 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
19/10/20 Cg			309,00	Dr M. Bouchra Oncologue Bouchra Rechidi - Casablanca 0522226222

	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des honoraires
	 Dr. Mohammed BENMALLI Ophtalmologiste Bd Rachidi - Casablanca 22 248 227 0522 2622

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DUKES SA LÉVY 04/01/2022 0082125</i>	<i>10/10/2022</i>	<i>37310</i>

54  
Télé-052

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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

**Docteur Mohamed BENNANI**

*Ophthalmologiste*

**Chirurgie vitréo - rétinienne**

Ancien résident du Collège de Médecine  
des Hôpitaux de Paris

**الدكتور محمد بناني**

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

CASABLANCA, le 19/10/2020

Mr. SABOUR Aziz

١١٥٧ + ٣



- **XOLAMOL**

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

٤٤

- **GEL LARMES**

1 goutte 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 3 mois



*Docteur Mohamed BENNANI*

*Ophthalmologiste*

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22

54, Bd Rachidi - Casablanca - Tél. : 05.22.22.40.22/05.22.22.62.22 - Fax : 05.22.22.73.22

شارع الراشيدي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.22.62.22/05.22.22.40.22 - الفاكس : 05.22.22.73.22

ICE 001709416000017

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 1-02-41  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 2-02-91  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 1-03-01  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70



FARM  
Via E.  
20019  
ITALIE

6118001100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable: Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41.00 DH



Casablanca, 15-10-2020

Objet : Annulation demande de prise en charge.

Je soussigne, SABOUR AZIZ  
dont le matricule 1051R et titulaire  
de CIN n° B149196, n'ayant pas utilisé  
ma prise en charge dentaire.

Et je vous sollicite afin d'annuler  
ma demande de prise en charge MHPHAS.