

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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.

## ntaire :

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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0039672

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1017 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DADI ILHAM

Date de naissance : 16/05/52

Adresse : Res CALIFORNIE JARDINS B5 de FOS

Appt 3 IMB B'

Tél. : 067355812 Total des frais engagés : 268,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/2020

Nom et prénom du malade : DADI ILHAM

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039672

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
11/06/2020	G		300,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/06/2020	206,50
	11/06/2020	62,40

# 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	
	12/06/2020					300,00

# 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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>			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																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VOLET ADHERENT

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





PT150300204

11 juin 2020

**Mme DADI Ilham**

HYLOCOMOD: COLLYRE

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

NAVIINFLA

1 goutte x3/ jour, pendant 15 jours

PHARMACIE PORTE CALIFORNIE  
Route 109, Dar Hal Saoui  
Baonkou, Route de la Mecque  
Casablanca -  
Tél: 05 22 81 29 31

35,70  
Tolnader Collyre

20,80

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
Tél.: (+212) 0522 47 15 94  
E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.com

206,10

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, SC  
Tél.: (+212) 0522 47 15 94  
E-mail: r.mikou@cliniquestendhal.com





PT150300204

11 juin 2020

**Mme DADI Ilham**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = + 2.25 (- 2.00 à 89°)

OG = + 1.75 (- 1.00 à 91°)

VP : ODG = Add : + 2.50

**VISUEL OPTICIENS**  
SARAH  
784, Lotissement Mandarona  
Bd El Qods Ain Chab Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 47 10 04

**Dr. Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca, MC  
Tél. : (+212) 05 22 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.ma





# PHARMACIE PORTE CALIFORNIE

109, Dar Haj Daui Bachkou, Bd MEKKA

R.C :4266

Patente:36376880

T.V.A :40222847

C.N.S.S:8729545

Banque:BMCI: 013780011740001610010748

Tél :05 22 81 29 31

Le 11/06/2020

**FACTURE N°99475**

N° ICE : 000426135000010

N° IF : 40222847

**MME DADI ILHAM**

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
2	LEVOTHYROX 25 CP/BTE 28	6,80	0,00	6,80	13,60		13,60		
2	LEVOTHYROX CO 100MG 28U	24,40	0,00	24,40	48,80		48,80		
<div>PHARMACIE PORTE CALIFORNIE Route 109, Dar Haj Daoui Bachkou, Route de la Mecque - Casablanca - Tél: 05 22 81 29 31</div>									
REMISE GLOBALE :		BRUT TTC	62,40	- Remise	0,00	= NET TTC	62,40		

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

Montant :

TVA 20% Base :

Montant

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
Soixante Deux Dirhams et 40 centimes.**





FACTURE N° : 840/2020

LE 02/11/2020

Client Mme DADI ILHAM

	SPHERE	CYLINDRE	AXE	ADDITION
<u>ŒIL DROIT</u>	+2.25	-2.00	89	+2.50
<u>ŒIL GAUCHE</u>	+1.75	-1.00	91	+2.50

Vision de loin :

Vision de près :

Monture : OPTIQUE

Monture :

Verre : ORGANIQUE AMINCIS ANTIREFLET

Verre :

PROGRESSIFS

Montant de vision de loin :

Montant de vision de près :

ŒIL DROIT	1000
ŒIL GAUCHE	1000
MONTURE	1000

ŒIL DROIT	
ŒIL GAUCHE	
MONTURE	

PRIX T.T.C : 3000DH

T.V.A : 500 DH

**VISUEL OPTICIENS**  
SABER KUB  
784, Lotissement Mandarona  
Bd El Qods Ain Chok - Casablanca  
Tél. / Fax : 05 22 52 10 04

Boulevard El Qods N° 784 - Mandarona - Ain Chok – Casablanca Tél./Fax : 05 22 58 10 04  
Rc : 201363 Patente : 34091262 IF : 2264385 Cnss : 813254

ICE : 000229849000040