

## 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.

### Radiologie 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 |

La 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.

N° W19-576889

51296

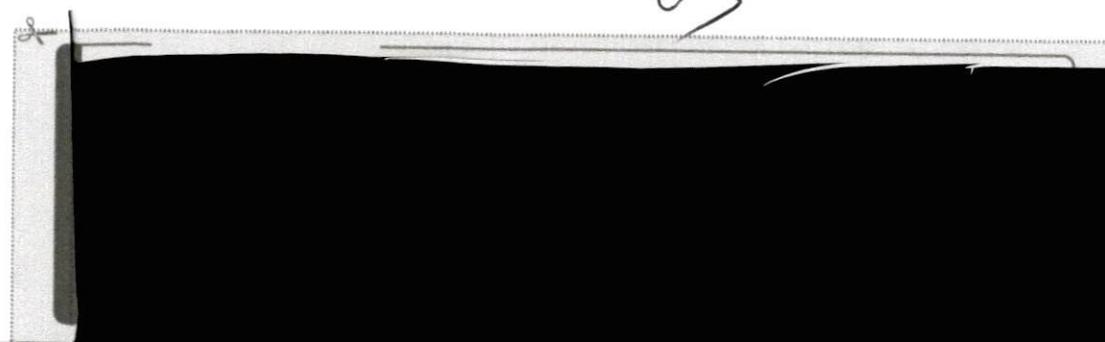
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8732		Société : R+M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAOHIRI MOULAY IORISS		MUPRAS	
Date de naissance : 15/07/67		14 DEC. 2020	
Adresse : 57 Rue 35 Lt. ARAIMOUN		ACCUEIL	
Tél. : 0661312755		Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
PHTATMOLOGUE Docteur 9/11/20 Moulai Idriss Centre de Santé Casablanca			
11 DEC. 2020			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : CASA le : 9/12/20

Signature de l'adhérent(e) : 9/12/20



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE JERADA 61, Bd Abderrahim Bouaïd Oasis - Casablanca Tél: 0522 254 49 / 05.22.98.47.20	9/12/2020	123,80

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

#### **VOLET ADHERENT**

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		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. PROTHÈSES DENTAIRES  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553																			
	H	G																															
	25533412	21433552																															
	00000000	00000000																															
	D	B																															
	00000000	00000000																															
	35533411	11433553																															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																	

**Docteur Fouad NCIRI**

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Lauréat de la Faculté de Médecine Bordeaux II

Ancien Interne des Hôpitaux de France



الدكتور فؤاد النصيري

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببوردو فرنسا

داخلي سابقًا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des Glaucomes

Chirurgie Vitréo - Rétinienne

Chirurgie cataracte par phako-émulsification

Sur Rendez-vous

بالميعاد

Casablanca, le :

9/14/63  
دار البيضاء

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél. 05 22 23 54 / 05 22 99 47 20

NAXIA 5 ml  
Collyre - PPV : 53,40 DH



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

53.40 Naxia cl - SPARK

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



AMM, Maroc  
N° 116 DMP/21/NCV  
Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 27182  
Bouskoura - MAROC

29.40 Chibro Cadron SPARK

6 118001 071425

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



41.00 Gel lare SPARK

6 118001 100958

PHARMACIE JERRADA  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - Casablanca  
Tél. 05 22 23 54 / 05 22 99 47 20

06 61 19 75 41 50 22 36 83 44 - 05 22 39 87 22 - الهاتف : 05 22 39 87 22 - الفاكس : 05 22 36 83 44 - العنوان : 283، شارع الزرقطوني، الطليق الأول - الدار البيضاء - المغرب

283, Bd. Zerkouni, 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 39 87 22 - Fax : 05 22 36 83 44 - GSM : 06 61 19 75 41