

# 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 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

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.

**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° P19-0034632

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1369 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : RIMACHI RAHAL  
Date de naissance : 1943  
Adresse : habituelle  
Tél. : 05 22 53 24 40 Total des frais engagés : 561.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16 SEPT 2022  
Nom et prénom du malade : EL FAJA Zabra Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : caractère  
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 : 12040

Le : 17/10/21

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
16 SEPT 2022		1	300,00	Dr. SERRHINI Abdelhak OPHTALMOLOGISTE 110, Rue Abou Abdellah Mor Madrif - CASABLANCA Tél: 23.13.23 - 99.44.23

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ABAWAIN 800 H Lot Al Wala - Derboua Tél: 05 22 51 40 42 INPE : 062107792	16/9/22	261,00

# 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 en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

110, rue ABOU Abdellah Nafii Casa Tel : 0522231323 Tel/Fax : 0522994444

## Docteur SERRHINI Azzeddine

Spécialiste en ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Laser-Angiographie-Echographie  
Chirurgie Vitéo-Rétinienne

Casablanca le :&-:16.09.2022

### ECHOGRAPHIE OCULAIRE

PATIENT : Mme EL FAJR ZAHRA

- ECHOMETRIE A: OD: 23  
OG: 23.3

-KERATOMETRIE:  
OD: 44.75  
OG: 45.25

-Implant CP  
OD: 20 dioptries

Dr. SERRHINI Azzeddine  
OPHTALMOLOGISTE  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Madrin CASABLANCA  
Tel 23 13 23 1 00 14 22

Signé Dr Azzeddine SERRHINI



# CENTRE OPHTALMOLOGIQUE

**Dr. Azzeddine SERRHINI**

*Spécialiste des maladies  
et Chirurgie des Yeux*

*Diplômé des Universités de Paris VI & XII  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris  
Angiographie - Laser - Phacémulsification  
Chirurgie vitréo-rétinienne*

**الدكتور عز الدين السرخيني**

**إختصاصي في أمراض وجراحة العيون**

**خريج كلية الطب بباريس  
طبيب إختصاصي سابق بمستشفيات باريس**

**ليزر - جراحة الشبكة**

Casablanca, le: **16 SEPT 2022**

EL FAJR Zahra

35,70

(SV)

**1) TOBRADEX Collyre**

25,90

1 goutte 3 fois/j

**2) CILOXAN Collyre**

68,00

1 goutte 4 fois/j

**3) INDO Collyre**

1 goutte 3 fois/j

**4) MYDRIATICUM Collyre**

22,00

~~1 goutte 4 fois/j~~

**Pancement oculaire adhésif**

24,80

5) Sepcen Samg 1 cp la veille

24,60 1 cp le matin

6) TARADET 1 cp la veille

1 cp le matin

261,00

صيدية الأبوين  
PHARMACIE AL ABUWAIN  
800 tr Lot. Al Wala - Deroua  
Tél.: 05 22 51 40 49

(SV)

(SV)

(SV)

(SV)

**Dr. SERRHINI Azzeddine**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
110, Rue Abou Abdellah Nafii  
Maarif - CASABLANCA  
Tél. 23.13.23 / 99.44.33

Tél.: 05.22.23.13.23 - Tél/Fax.: 022.99.44.33. الدار البيضاء. المعاريف. المعاريف. 110 زنقة ابو عبدالله نافع.

GSM : ..... - 110, Rue abou Abdellah Nafii - Maarif - Casablanca



INDOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عبار H7903  
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 10-2021  
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 03-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

6 118001 070596  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml  
AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO  
Boite de 1 flacon.  
PPV : 35,70 DH 406836 MA

6 118001 070176  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema Remboursable AMO  
PPV : 45,90 DHS 406434

SEPCEN® 500 mg ☐  
ciprofloxacin  
10 comprimés pelliculés  
6 118000 230182

OT: 03/2023  
LR: 02/2023  
PV: 4.80

74,80

24,70



TARAXET® 25 mg  
30 Comprimés pelliculés sécables  
AMM N° 347/15 DMP/21/NRQ  
6 118000 022954