

## 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 Anglé 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° W19-581593

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8262 Société : RAN 137254

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Khatif

Nom & Prénom : MOUERO Khatif

Date de naissance : 12-02-64

Adresse : 128 Rue Hassan Ben Aissa

Tél : 0661338658

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed Tahir

Date de consultation : 16/09/22

Nom et prénom du malade : M. R. D. BO. KHALIL C

Age : 58 ans

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 : Casablanca

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
16/09/22	Exopit		2005H	INP : 0911145429 Dr. Hicham TAHRI OFTALMOLOGISTE Bd. Ben M'G Derb Boucharouf N° 12 1er étage

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. KOUKOUR NADIA Carbone Tél : 024835550	16/09/22	1223,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

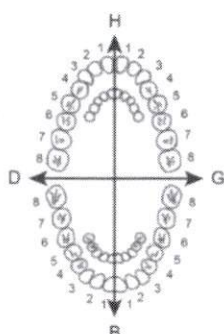
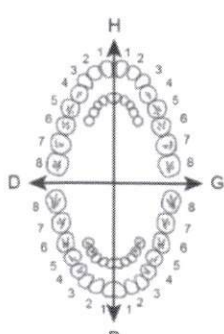
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT 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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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

Docteur Hicham TAHIRI

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie - Laser

الدكتور هشام طاهري

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون



ORDONNANCE

الدار البيضاء، في: 16/09/22  
Casablanca, le 16/09/22

OPTHALMED

PPC

74.00 DHS

Indications :  
Rougeur, sécheresse et fatigue  
oculaires, travail prolongé  
devant un écran, insuffisance  
de l'accommodation.

26,4 - To Bu x ✓

74,00 - 36 x 36 / 7i  
ANGIOLAP ✓

148,70 x 6 - 36 x 36 / 10i  
TRAVATAN ✓

16 x 16

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

العيادة الشياضمة درب بوشنتوف - رقم 44 الطابق  
Casablanca - N° 44, 2<sup>ème</sup> Etage

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 25 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 148.70 DH

26,40



Sic X6  
AURE  
Chadma  
The stage  
2010

Bd  
Dep  
22 May /g

1223.60

**Dr. Hicham**  
OPTIC  
Bd. Beni M'Guld, Rue Chladma  
Deth Bouchentouf, N° 47 - 910  
TARI

0 mls  
Tante  
Kaistama  
Madame  
Tage  
0101  
Tel: 032-750101  
Jember

**PH. AL KORAMA**  
**Dr. KOUNKOUR Nadia**  
Andalous IV Angle Rue Macgoux  
et Carbone - CASABLANCA  
Tél... 022.83.59.50

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

Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38.50 DH  
9/811 5/7 2103 10010

14.2218

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amin DAQUDDI

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

CAFLUID 2,5 mg/g  
antialmique 10 g - PPV : 38,50 DH

14.2218



9 781107 010333

8 1 1800 1 10 1023

**SICCAFLUID 2,5 mg/g**

Gel optalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6118001101023

distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed  
Elablanca - Pharmacien Responsable : Amina D

**SICCAFLUID 2,5 mg/g**

Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH



6 118001 101023

tribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed  
Abelkacem - Pharmacie Responsable : Amina D

SICCAFLUID 2,5 mg/g

**SICCAFLUID 2,5 mg/g**

6"118001"101023  
 but par COOPER PHARMA - 41, rue Moha

SICCAFLUID 2,5 mg/8

**SICCAFLUID 2,5 mg/8**  
c-l cobaltmiquine 10 g - ppv : 38.50 DH

6"118001"101023  
tribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed...  
...meuble - Amine D...