

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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 Aljal 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° M21- 040790

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4158 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HARIRI Amine
 Date de naissance : 15-1-56
 Adresse : hab. Tuelle
 Tél : 06.61526610 Total des frais engagés : 250 + 428,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Wafae JOUIDI

Ophthalmologiste
 Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim
 Khatabi, Imr. Nkhila "A" - 1er étage
 Appt. N° 2 - Témara
 Tél : 05 37 61 25 51 / 06 67 76 21 57

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 SEP. 2023
 Nom et prénom du malade : EL HARIRI Amine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Sécheresse lacrymale
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, mentionner 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 : TEMARA Le 12/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
12 SEP. 2023	CP	01	250DH	Dr. Wafae Joudi Ophtalmologiste Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim Khalabi, Imm. Nkhila "A" - 1er étage Appt. N° 2 - Temara Tel: 05 37 67 25 51 / 05 67 16 21 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SID EL ABED Dr. Taoufik BENKABBOU Mag. 2, Imm. 1, SETTAT Said EL ABED HARHOURA - TEMARA Tel: 05 30 07 61 34	12/09/2023	428,50 DH
INPE 102069069		

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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

3 6 2042 003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

أوبتيبرد
Optipred

Lot: Z M O 1 0 1
Fab: 1 0 2 2
Exp: 1 0 2 4
PPV: 23 DH 40

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10

6

Pharmacie Medecin Ophtalmolo
Des Spécialités De Rabat.
Membre de la Société Française

PHARMACIE SID EL ABED
Dr. Taoufik BENKABBOU
Mag. 2, Imm. 1, SETTAT Said EL ABED
HARHOURA - TEMARA
Tel: 05 30 07 61 34

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

طبّاء العيون

12 septembre 2023

Mme EL HARIRI Amina

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

VISMED COLLYRE 10ML

1 goutte 3 à 6 gouttes par jour et à la demande, dans les 2 yeux pendant 3 Mois

THEALOSE

157,00

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

OPTIPRED COLLYRE

23,00 x 3

1 goutte x 2/j pendant 7 jours, dans l'œil gauche

CHIBRO-CADRON COLLYRE

28,60 x 2

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 8 jours

PHARMACIE SID EL ABED
Dr. Taoufik BENKABBOU
Mag. 2, Imm. 1, SETTAT Said EL ABED
HARHOURA - TEMARA
Tel: 05 30 07 61 34

Dr. Wafae Joudi
Ophtalmologiste
Angle Av. Hassan I et Av. Abd el Karim
Khatabi, Imm. N°1, 2 - Témara
Appt. N°2 - Témara
Tel: 05 37 61 25 51 / 06 67 76 21 57

أوبتيبرد
Optipred

Lot: A A O 1 0 6
Fab: 1 2 2 2
Exp: 1 2 2 4
PPV: 23 DH 40