

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0028595

192177

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1599 Société : RAN  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : EL NIR EL ABBOUBI  
 Date de naissance : 20/06/1950  
 Adresse : 14 Cité WAKANATI AIN-DIAB CASABLANCA  
 Tél. : \_\_\_\_\_ Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/11/2023

Nom et prénom du malade : EL NIR EL ABBOUBI Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection ophtalmologique

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

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.

25 JAN. 2024

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) : [Signature]

VOLET ARRIÈRE

#### **RELEVE 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
11-11-23	cs.+HS.	1	600,00	Docteur Mary OPHTALMOLOGISTE 38, bd El Massira El Khadra - Casablanca tel. : 05 22 04 29 46 et 05 22 94 28 4

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourroisseur	Date	Montant de la Facture
 Hicham TALI Pharmacion Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.V Casablanca - Tel.: 05 22 36 13 05	14 / M / 23	250,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

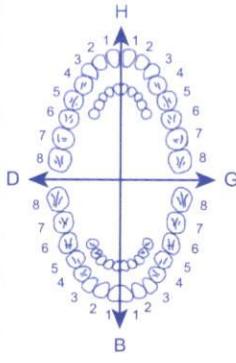
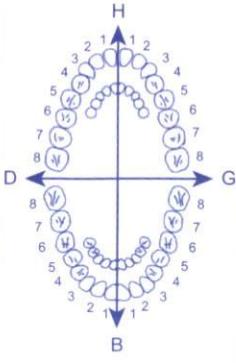
AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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'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			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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				

الدكتورة مريم العمراني  
مُتخصصة في طب وجراحة العيون خريجة جامعة باريز  
Docteur Maryem LAMRANI

Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris

Casablanca, le 14/11/2023

EL MIR El Abboui

24.60

Instiller dans l'œil gauche,

FRAKIDEX collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours  
puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 21 jours

58.00

INDOCOLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 30 jours

30.50

PANSEMENTS OCULAIRES

au coucher pendant 15 jours

1 > 90.80

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

HARMACIE ARAUCARIA  
Hicham Tali Pharmacie C.I.L  
12, Rue d'Ifrane Hay 20 36 13 05  
Casablanca - Tél: 05 2...

INDOCOLLYRE 0,1% ○ LOT/ رقم الدفعة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج H9648  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 05-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 10-2024  
  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

66671 51/08/2024

INDOCOLLYRE 0,1% ○ LOT/ رقم الدفعة  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج H9648  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 05-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM 10-2024  
  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

66671 20/08/2024

FRAKIDEX LOT/ رقم الدفعة H9592  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2025  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

66672 15/08/2024

FRAKIDEX LOT/ رقم الدفعة H9592  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2025  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

66672 15/08/2024

FRAKIDEX LOT/ رقم الدفعة H9592  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02-2025  
AMM N°218/16 DMP/21/NRQ  
  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

66672 15/08/2024

الدكتورة مريم العماراني  
مُتَخَصِّصة في طب وجراحة العين خريجة جامعة باريز  
**Docteur Maryem LAMRANI**

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris*

Casablanca, le 14 novembre 2023

EL MIR El Abboui

Honoraires consultation et écho-biométrie : six cent dirhams (600.00DH)

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47