

## 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.

**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° W19-589697

**60820**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **04088**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ARIFI Mohammed**

Date de naissance :

**1-1-1934**

Adresse :

**Blouz El Fajr 5 Tamfa TII Casablanca**

Tél. :

**06 77 56 1931**

Total des frais engagés : **1051,10** DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

**19-05-2019**

Nom et prénom du malade :

**Dr. ARIFI Mohammed** Age : **85**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

**Affection**

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 :

Le : **19-05-2019**

Signature de l'adhérent(e) :

**DR. ARIFI**

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-589697

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **04088**

Nom de l'adhérent(e) : **ARIFI**

Total des frais engagés : **1051,10**

Date de dépôt : **19-05-2019**

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
16 MARS 2021	3 op / 11		300,-	INP 02/04/2021 Pr. D'AGOUR Optalmologue des Nations Unies 298119-0522

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie Mme Cazzola &amp; Jalo</i>  <i>Mme Ichlass Ben Sina</i>  <i>19 bis Bd Ibnou Sina</i>  <i>Tel: 0322 36 33 21</i>  <i>00260084300000</i>  <i>092042486</i></p>	16.3.21	105.11.0

#### - RADIOGRAPHIES

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	
.....						.....	

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

		H
D		25533412   21433552
		00000000   00000000
		00000000   00000000
		35533411   11433553
		B

#### (Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur DAOUDI DRISSI Jaâfar**  
**Chirurgien Ophtalmologiste**



**الدكتور الداودي الإدريسي جعفر**  
**أمراض و جراحة العيون**

- Ex. Attaché au CHU de Nantes : Chirurgie du Strabisme et ophtalmo Pédiatrie.
- Ex. Professeur - enseignement sup. - assistant - Faculté de médecine de Casablanca.
- Président et fondateur : Association Marocaine de Strabologie et Ophtalmo Pédiatrie.
- Diplômé en Chirurgie Réfractive et Cataracte - Besançon - France.
- Diplômé en Chirurgie Vitreo-Rétinienne - Nancy - France.
- Diplômé en Posturologie Clinique - Marseille - France.



16 mars 2021

Mr. ARIFI Mohamed



183,70

**COMBIGAN: COLLYRE**

1 goutte deux fois par jour à 8h du matin et à 20h du soir , , dans les deux yeux

40,40

**EXOCINE 0.3 % COLLYRE**

1 goutte x 6 / jour , dans les deux yeux

125,00

**AZOPT : COLLYRE**

1 goutte 2 fois par jour. 8h et 20h, dans les deux yeux

23<sup>me</sup> étage  
Pr. DAOUDI DRISSI  
Ophtalmologue  
10, place des Nations Unies - Casablanca  
Tél: 0522 29 81 19 - 05 22 23 76

105,110

10, Place des Nations Unies, 3 ème étage ( en face Station Tramway )  
8, Bd Mohamed V, au dessus de Mc Donalds - Casablanca.  
Tél : 05 22 22 37 76 - 05 22 29 81 19 - Email : strabismedaoudi@hotmail.fr  
INPE : 091043851

- ملحق بمستشفيات نانت : جراحة الحول.
- أستاذ سابق بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء.
- رئيس و مؤسس : الجمعية المغربية لطب عيون الأطفال والحوال.
- حاصل على دبلوم في جراحة الساد و الإنكسارية بكلية الطب ببازانسان.
- حاصل على دبلوم في جراحة الشبكية والماء الزجاجي بنانسي.
- حاصل على دبلوم في علم تقويم الجسم بمرسيليا.

COMBIGAN® 2mg/ml + 5mg/ml  
Collyre en suspension

Boîte d'un flacon de 5 ml

6 118001 251506

PPV: 183DH70

Lot n° :

Fab :

EXP :



6 118001 070114  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml

446373 MA

PPV : 125,00 DHS  
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

6 118001 070114  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DHS  
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446373 MA