

## 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° W19-582861

ND: 50971

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7598 Société : \_\_\_\_\_

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : ANBARI Fatima

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : 2441 Total des frais engagés : 1406, 10 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologue, 544, boulevard panoramique, casablanca, maroc  
Tél. : 05 22 20 45 45 / 197 20 Fax : 05 22 22 78 18

Date de consultation : 30/11/2020

Nom et prénom du malade : M. ANBARI Fatima Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucome

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 Le 29/11/2020

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
30/11/2020	CS		Gratuit	INP : 891059715

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAUBI 141e Place et Rue Sidi 354647277 - 15 N°S: 9318050 - RC LE: 00018887251	30/11/2020	1406,10

# 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 pratique 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 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 24/11/2023

Mr. ANZARI Fatima

49260 - Cosopt (colly) (164,20x3)

1 goutte x 2/1 par 3min

471,00 - Xalatan (colly) (157,00x3)

1 goutte le soir par 3min

44200 - Alphagan (colly) (147,50x3)

1 goutte x 2/1 par 3min

1406,10

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophthalmologiste  
544, Boulevard Californie, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 22 52 50 15 / 05 22 52 86 18 / 05 22 52 86 21  
Fax: 05 22 52 86 21

PHARMACIE  
PUISSANCE PHARMA  
Angle Place et Rue Sidi Maâro  
Casablanca - Tél: 05 22 52 50 15  
TP: 346472771 - IF: 05 22 52 50 15  
CNSS: 9318058 - RCP: 05 22 52 50 15  
ICE: 000189679

HD 02.164.20 DH  
LOT 5029887 2  
EXP 06/2021  
PPV 164.20 DH

LOT 5029887 2  
EXP 06/2021  
PPV 164.20 DH

LOT 5029887 2  
EXP 06/2021  
PPV 164.20 DH

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

Distribué sous licence  
-- LAPROPHAN S.A. --  
21, rue des Oudaya  
Casablanca -- Maroc  
PPV : 157DH00

PPV: 147DH50  
Fiac  
Colly  
Bri

PPV: 147DH50  
Fiac  
Colly  
Bri

PPV: 147DH50  
Fiac  
Colly  
Bri