

# 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

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° P19- 0044493

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22860**

Matricule : **1067** Société : **Retraite RAM**  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : **ADARI LARBI**  
 Date de naissance : **01-01-1944**  
 Adresse : **18 résidence ENNAIM 2 - Oubab Taleb Ain chech CASABLANCA**  
 Tél. : **0610205514** Total des frais engagés : **764,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur BENKIRAN Ophthalmologiste**  
 Date de consultation : **24/02/20**  
 Nom et prénom du malade : **ADARI Larbi** Age : **76 ans**  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : **Aff. 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 ce présent formulaire. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **CASA** Le **24** / **02** / **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
24/2/2020	ctr		cc	
25/2/2020	ctr		cc	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

	24/2/2020	384,90
	25/2/2020	260,20
	17/02/2020	119,70

### 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

	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'O

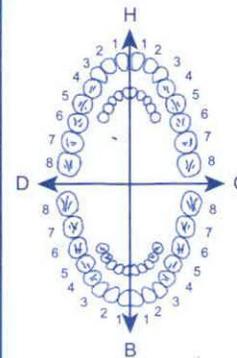
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 24.2.20

HER MEDIC  
PPC  
83.00 DHS

**ORDONNANCE MEDICALE**

CONCERNANT M. <sup>r</sup> ~~XXXX~~ <sub>LAPPB</sub>

83,00

**PHYLARM**

1 Rin le matin et le soir

29,40 x 2 = 58,80

**Chibrocadron (Collyre) 2 flacons**

1 Gtte 4 fois par jour pendant 15 j

1 Gtte 3 fois par jour pendant 5 j

1 Gtte 2 fois par jour pendant 5 j

1 Gtte 1 fois par jour pendant 5 j

58,00 x 2

**INDOCOLLYRE 2 flacons**

1 Gtte 4 fois par jours

40,40 x 2 = 80,80

**EXOCINE (Collyre) 2 flacons**

1 Gtte 4 fois par jour

22,40

**Tobradex (Pommade) 1 tube**

1 App le soir

30,50

**COMPRESSES OPHTALMO STERILES AUTO-ADHESIVES**

51,40

**SPECTRUM CP 250 mg pdt 5 jours**

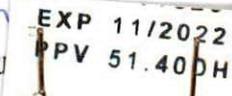
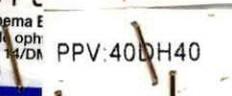
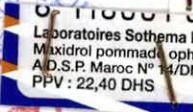
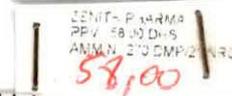
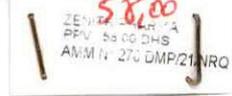
1 comprimé 2 fois par jours

384,90

Urgence 24/24

Ceil  
Traitement d'

EXP 11/2022  
PPV 51.40 DH



PHARMACIE DES ANGES  
Renseignements sans pareil  
Lot. Casablanca  
Ain Chabab Casablanca  
Tél. 05 22 21 88 81

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**



صحة العيون  
للدار البيضاء

**Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact**



PT200204152528

25 février 2020

Casablanca le : .....

www.horus-pharma.com

**Steripharma**  
PPC:151,20 dh

**Mr. ADARI Larbi**

A51, 20

ODM 5



1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 8 jours

109,00  
X

HYDRAMED NIGHT



1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

HydraMed night

PPC 109,00 DH

260, 20

Docteur  
**A. BENKIRAN**  
Ophtalmologiste

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**

13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél : 0522.25.71.71 (S.G.) / Fax : 0522.25.11.15

PHARMACIE DES ANGES  
Résidence des Papillons  
Lot Oudya Lefeb Rue N° 9  
Al Anchoh Casablanca  
Tél : 05 22 21 68 60

**Urgence 24/24**

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 Web : www.ophtalmoclinique-casa.com  
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

# OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



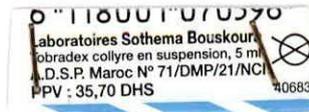
PT200204152528

Casablanca le : 17 février 2020

Mr. ADARI Larbi

35,70

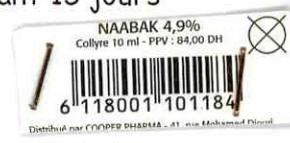
TOBRADEX



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

84,00

NAABAK



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

T. 119,70



OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA  
13, rue des Papillons OASIS  
Casablanca  
Tél.: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

Urgence 24/24