

# 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 caractére personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 28.84 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : DRISI KAITOUNI

Date de naissance :

Adresse : 52, RUE TERMIDI MAARIF

Tél. : 06.64.00.30.12 Total des frais engagés : 365,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**DR. CHAHBI Mohammed**  
Ophtalmologiste  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca, maroc  
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 54 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

Date de consultation : 12 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : DRISI KAITOUNI Zouzia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Atteinte 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 la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAJ

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

28 FEV 2020

ACOUEIL / 02 / 2020

#### **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12/02/2022      | GS                |                       | Gf                              | Dr. Chafiqi Mohand Ouhlamoussie<br>Cardiologue Maroc<br>Assurance Maroc<br>22 86 46 13 19 20<br>22 86 46 21 22 86 46 21<br>22 86 46 21 22 86 46 21 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 12/08/2020 | 26,40                 |
|   | 12/08/2020 | 339,2                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES -**

| Cachet et signature du Laborant(e) et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

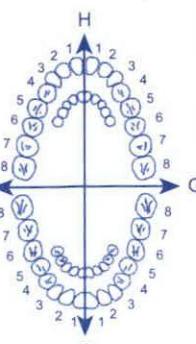
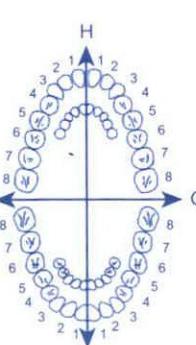
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

#### **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'ORL.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins  | Coefficient |                         |
|--|---|---|-------------|-------------------------|
|   |   |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |   |   |             | MONTANTS DES SOINS      |
|  |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|  |   |   |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             |                         |
|  | H   | 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>-----<br>D 00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>-----<br>B |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | 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

**HER MEDIC**  
**PPC**  
**83.00 DHS**

**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 12/02/2020  
 NOM : DRISSE KAITOUN  
 PRENOM : ZOUARDA

l'œil opéré a partir de ce jour

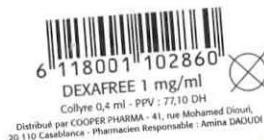
29,40  
 1°) CHIBROCADRON (collyre)  
 1 goutte x3/j pdt 07 jours

143,80  
 2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)  
 1 cp x2/j pdt 05 jours

83,00  
 3°) PHYLARM  
 Pour nettoyage de la paupière matin et soir

l'œil opéré après 07 jours

77,10  
 1°) DEXAFREE (collyre)  
 1 goutte x3/j pdt 07 jours  
 1 goutte x2/j pdt 07 jours  
 1 goutte x1/j pdt 07 jours



333,80

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES  
**GLAUCOMATEUX**

149,50

DR. CHAHBI Mohammed  
 Ophtalmologiste  
 544, boulevard panoramique, californie,  
 casablanca- maroc  
 Tél.: 05 22 86 46 18 / 19/20  
 05 22 29 06 60 180 - 05 22 59 15 15  
 Fax.: 05 22 86 46 21

Chibgo-Cadron 5 ml  
 Lot / Fab / EXP

1L66  
 06 2019  
 06 2022



**ORDONNANCE**

Casablanca le ..... 12/02/2022 .....

M. DRISBI ICATOUNI ZOUARDA

26.40

N. 1<sup>o</sup>) CORRECTOL (collyre) On Téhane



DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca. Maroc Tel.: 05 22 29 66 46 18 / 19/20  
Fax.: 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca. maroc Tel.: 05 22 86 46 18 / 19/20  
Fax.: 05 22 86 46 21

Tel.: 05 22 86 46 18 / 19/20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax.: 05 22 86 46 21

PHARMACIE AL AKHAWAYN

Centre Commercial  
"Vermont" Bd N° 27

Casablanca  
Tel.: 0522 21 44 48

32