

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 caractères personnels.

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0057497

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 351 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUZOU LAHCEN

Date de naissance : 1944

Adresse : 3 rue Abbès Ibnou Al Ahnaf

Bourgoigne, Casablanca

Tél. 05223608570 Total des frais engagés : 660,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophtalmologiste  
37, Bd. Zerktouni - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 32 68/88

Date de consultation : 01/07/2021

Nom et prénom du malade : EL MANOUZI Khaled Age : 76

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie oculaire

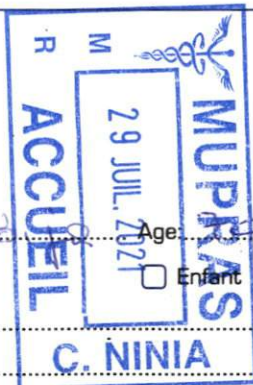
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 01/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
01/04/2021	C5+20		800 DH	Dr. MECHIE AMI ANISSA Ophtalmologiste - Casablanca 237, Bd. Zerkouni - Casablanca Tél.: 05 22 94 32 68/88

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

01/07/21

360,00

# 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

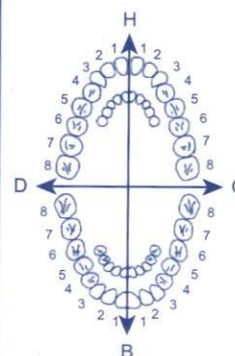
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# 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

**Docteur Anissa Mechiche-Alami**

Ophthalmologiste

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

237, Bd. Zerkouni  
Résidence Al Kheir, 2<sup>ème</sup> Étage  
Casablanca

Tél.: 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

**الدكتورة أنيسة أمشيش العلمي**

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
خريجة كلية الطب بمونبليي

237, شارع الزرقطوني  
إقامة الخير, الطابق الثاني  
الدار البيضاء

الهاتف 05.22.94.32.68 - 05.22.94.32.69

01 JUL. 2021

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

EL MANDOUZI Khadif  
180,00 x 2  
- Mylogel d's (2 flocons)

1 gte 2 à 3/j  
à une heure tout le temps.

360,00

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU  
Bouchna AMAR  
197, Bd. Bourgoigne - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169  
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

Jr. MECHICHE Alami Anissa  
Ophthalmologiste  
237, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 32 68/88

PORTE D'ANFA SARL AU  
PHARMACIE PORTE D'ANFA  
197 BD Bourgone  
CASABLANC  
ICE002312695000015  
Patente: 35653328

Facture N°: 608 218

Ref N°: 06/07/21/ 10

Client: Client Comptaire \*

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
-----------------	-------	-----	---------------	-----------

HYLO * GEL COLLYRE	CL	2	180,00	360,00
--------------------	----	---	--------	--------

Total à Payer:	360,00
----------------	--------

La présente facture est arrêtée à la somme de:

### TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS###

Le : 06-juillet-2021

PHARMACIE PORTE D'ANFA SARL AU  
*Bouchra AMAR*  
197, Bd. Bourgone - Casablanca  
Tél.: 05 22 36 92 59 - RC : 447169  
IF : 37734689 - ICE : 002312695000015

