

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothésaire :

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 22 45 45 (L/C). Fax : 05 22 22 78 18. www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000786

Maladie  Dentaire  Optique **83349**  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... **1223** ..... Société : .....  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
Nom & Prénom : **DERKAOUI ABDERRIM**  
Date de naissance : **5/2/1949**  
Adresse : **Rue ABOU ISHAH ELMAROUFI n°3 N°52 Mohammadia CASABLANCA**  
Tél. : **068205072** Total des frais engagés : **394,10 DH** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. M. QERMANE Ophthalmologiste Rue Boukkala, N°8 - Kaabah Mohammedia - Tel: 023 32 20 89**  
Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : **DERKAOUI ABDERRIM** Age: .....  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : .....  
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 : **CASA** Le : **1/9/2021**  
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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
1 AOUT 2021	☺		250070	<i>[Signature]</i> HOSPITAL MOHAMED EL BACHA Rue Boukhalil, N°3 - Kasbah Mohammédia - Tél : 023 32 20 89

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE LA COLOMBE 3, Rue Ibn el-Khattab - Maarif CASABLANCA Tél: 0522 25 71 07 F: 40477366 - T.P: 3577461	31/08/21	144,10

INPE: 092037217

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

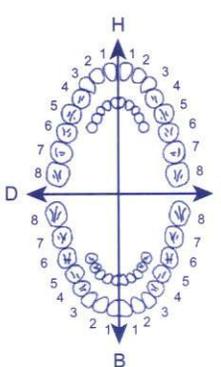
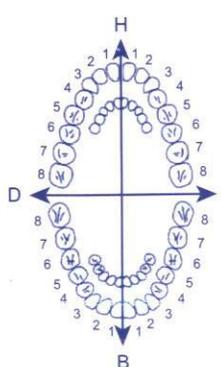
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

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

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																
		<table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
00000000		00000000																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur M. QERMANE**



**OPHTALMOLOGISTE**

Diplomé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Sur Rendez-vous

31/08/2021

Mohammedia , Le .....: المحمدية في

**الدكتور قرمان مصطفى**  
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

**DERKAOUI ABDELKRIM**

144,20



**PHARMACIE LA COLOMBE**  
33, Rue Ibnou Nafiss - Maarif  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 71 07  
I.F: 40477366 - T.P: 35774611

**VISMED COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 2 MOIS**

A

**Dr. M. QERMANE**  
Ophtalmologiste  
Rue Doukkala N°8 - Kasbah  
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89

زقة دكالة رقم : 7- القصة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89  
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél .: 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

PHARMACIE LA COLOMBE  
33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif  
CASABLANCA  
Tél: 0522 25 71 07

I.F: 40477366 - T.P: 35774611

Le 32/08/21

Facture N° 47

M. DERRAOUI  
Abdelkader

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	Vismed collyre	144,10	
Z			
Arrêté la présente facture sous la somme de cent quarante quatre €14,10 cts			
<p>PHARMACIE LA COLOMBE 33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif CASABLANCA Tél: 0522 25 71 07 I.F: 40477366 - T.P: 35774611</p>			

1 x  10 ml

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18%  
Stérile, sans agent conservateur  
Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples

**SYNTHEMEDIC**

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

1 x  10 ml

Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18%  
Sterile, free from preservatives  
Compatible with rigid or soft contact lenses

**VISMED<sup>®</sup>** MULTI