

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

## itions 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.

## armacie :

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.

## tique :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

87983

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 1224 ..... Société : ..... R.A.M .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ..... HDOUCHE AHMED .....

Date de naissance : ..... 27.6.1948 .....

Adresse : ..... 60 - RUE IBNOU HALAQI RES. KENZA  
BOUR GOGNE CASABLANCA .....

Tél. : ..... 06.66.80.12.25 ..... Total des frais engagés : ..... 324,00 ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... ABADAN TOURIA ..... Age: 67 Ans

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 : ..... CASABLANCA .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 17.10.2021

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENUE Mme D. JOURDAN 100, BD MONTAIGNE - PARIS Casablanca - Tel. 01 42 22 22 22	12/09/2012	324,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

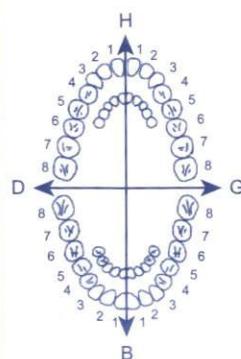
## Important

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Professeur Laila RAIS

Spécialiste en Ophtalmologie & Ophtalmologie Pédiatrique  
Ex-Enseignante à la faculté de Médecine et de Pharmacie - Casablanca



# الأستاذة ليلي الرايس

دكتورة مختصة في طب العيون وعيون الأطفال  
أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

17 septembre 2021

## Mme ABADAN Touria

### MASQUE OCULAIRE CHAUFFANT OU COMPRESSES CHAUDES

1 application avec massage des bord libres des paupières pendant 6 mois

### HYFRESH UNIDOSE

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

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM

Date: 15/06/2017

P.P.C : 128 DH 00

### NAVILIPO COLLYRE

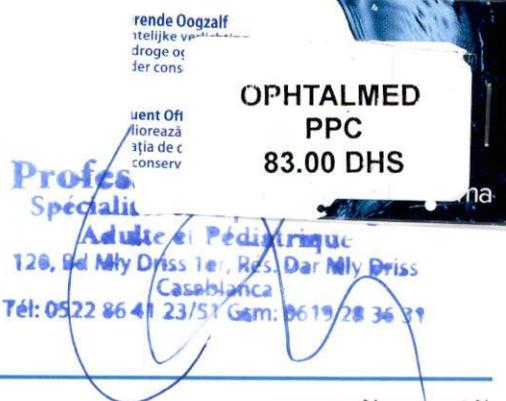
1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux

### XAILIN NIGHT

1 application, le soir, dans les deux yeux, pendant 6 mois

RIMA PHARMA  
PVC : 98,00

3240  
HARMINACI D'OCULAI  
RÉS. D'AVENIR  
TOU, Bd Moulay Driss, Casablanca  
Tél: 0522 86 41 23/51  
GSM: 06 61 08 06 18  
Fax: 06 19 28 36 89



Consultation sur rendez-vous

Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1<sup>er</sup> - 3<sup>ème</sup> ét.  
Casablanca

Tél.: 05 22 86 41 23 / 51

E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

الهاتف: 05 22 86 41 23 / 51      المحمول: GSM : 06 61 08 06 18

الموقع الإلكتروني: Site web: www.prlailarais.ma

الفحص بالموعد :

إقامة دار موظي ادريس 120 شارع موظي ادريس الاول - طابق 3  
الدار البيضاء

## FACTURE

N°

24

100, Bd Meknassi - Casablanca - Tel. 0 52 27 22 31  
 Nme DIAONDI PHARMACIE-DEL-ABDIN

Le 28

LE

17-08-2020

M. ABADAN Toulka

Quantité	DESIGNATION	P.U.	MONTANT
1	Dopam 0.01 mg/ml 10ml	1	1500
1	HYPREST 500mg/ml	1	12800
1	NAVILipo 500mg/ml	1	9800
1	XALIEN 3. Night	1	8300
	TOTAL:		32410.00