

# 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## liologie 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

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

**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



96 932

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001665

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5403

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JADIB Leila

Date de naissance : 26/11/1962

Adresse : 2, lot les Arènes, Résidence 21, L'Ély, n°5, Maarif

Tél. : 0661 1733 21

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Datir EL BARDAI  
OPHTALMOLOGISTE  
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai  
Maarif - CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

Date de consultation : 06 DEC 2021

Nom et prénom du malade : JADIB Leila

Age : 59a

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Glaucom

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 : 06 DEC 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Docteur Datir EL BARDAI  
OPHTALMOLOGISTE  
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai  
Maarif - CASABLANCA



# 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
06 DEC 2021	CS	250 DH		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HYPER NADIA BENNIS 072 84 45 30 - CASABLANCA	6-12-21	892.6

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

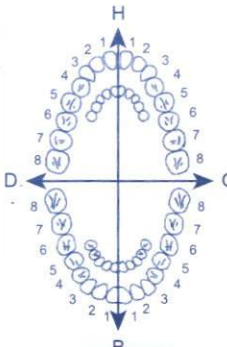
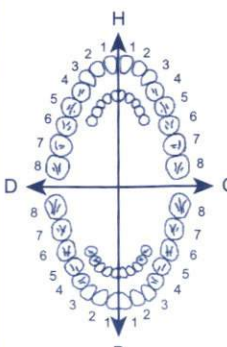
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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

# Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles  
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie  
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

# الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات  
تخطيط الأوعية، لآزر

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تولوز. فرنسا  
طبيب رئيسي سابقا لقسم أمراض وجراحة العيون  
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le 06 DEC. 2021 في الدار البيضاء،

Mr Leila JADIB

Traitement du six mois

(me Hn) ODT + OC  
SV

148.70 x 6

(6F) Travatan

1 goutte 1 fois par jour

892,20

PHARMACIE HYPER  
Nadia BENNIS

angle Bd. Air Anzerena et Ali Abdouazek  
Tél : 022.94.45.30 - CASABLANCA

en continu

Docteur Dafir EL BARDAI  
OPHTALMOLOGISTE  
219, Bd. ZERKTOUNI - Rés. El Bardai  
Maârif - CASABLANCA  
Tél: 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

**CENTRE  
MONETIQUE  
INTERBANCAIRE**

**ACHAT**

08/12/2021 11:37:51

9900284879

92848701

PHARMACIE HYPER

Casablanca

A00000000031010

APP : VISA

Mlle JADIB LEILA

\*\*\*\*\*6816

12/22 CARTE NATIONALE

875F2C1593EEE134

621-0-9999-1-44

**MONTANT: 892.20 MAD**

NUM TRANSACTION : 001

NUM AUTORISATION: 568800

STAN : 003867

**DEBIT**

**Le CHI vous remercie**

---

**TICKET A CONSERVER**

**Copie Client**



Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan<sup>®</sup> 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN<sup>®</sup>**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost 2,5 ml





Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan<sup>®</sup> 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN<sup>®</sup>**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost

2,5 ml







Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost 2,5 ml





Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan<sup>®</sup> 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN<sup>®</sup>**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost

2,5 ml







Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan<sup>®</sup> 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN<sup>®</sup>**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost 2,5 ml





Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV

PPV : 148.70 DH



Lot :

Fab :

EXP :

OHHS 1B  
05 2020  
05 2022

**TRAVATAN®**

40 microgrammes/ml collyre en solution  
travoprost 2,5 ml

