

# **COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

## **ns 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.

## **macie :**

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.

## **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 canaux, 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 canaux.

## **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.



## **Déclaration de Maladie**

N° M21- 073951

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2646

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RATTIoui Mohammed

Date de naissance : 09/06/1958

Adresse : Résidence Cheraf Califormie Rue n° 01

Immeuble G2H Apt 3 / Ain chok casp

Tél. : 06 15 54 93 20

Total des frais engagés : 488,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/01/2022

Nom et prénom du malade : MOHAMMED

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 : Casp

Le : 22/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## **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  
30000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
13.01.2022	Consultation	2	2000 DH	
14/01/22	Pharmacie	2	2000 DH	
14/01/22	Pharmacie	2	2000 DH	

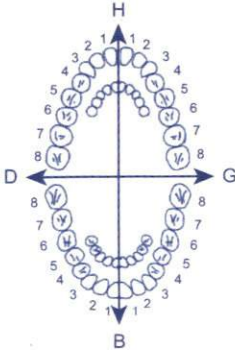
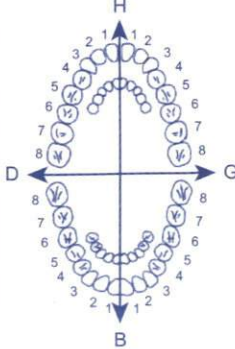
[illegible][illegible][illegible]

# 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 bil

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" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
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

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 bil

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				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



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mr. RAHIOUI MOHAMMED**

68.000

DICLOCED: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

**PHARMACIE ACH-CHARAF**  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-charaf, N° DM2  
Hay Inara, Haddaouia - CASA  
Tél : 05 22 21 64 09

DICLOCED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DACHOU

الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
**Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali**  
OPTICOMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A N°6  
Tél : 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 - Casablanca

Casablanca, le 13/01/2022

96 شارع 2 مارس إقامة وليلي العمارة A الطابق 2 الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 0522.86.05.57 / 58





الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mr. RAHIOUI MOHAMMED**

58.00 x 2 = 116.00

INDOCOLLYRE 0.1%: collyre



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

54.10

LARMABAK: collyre



1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

170.10

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DHS



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anissa DAOUDI

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

LOT/ عيار/ H7419  
FAB/ تاريخ الإنتاج/ 06-2021  
EXP/ تاريخ الانتهاء/ 11-2022

INDOCOLLYRE 0.1%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM



6118001270088

PPV : 58,00 DHS

LOT/ عيار/ H7419  
FAB/ تاريخ الإنتاج/ 06-2021  
EXP/ تاريخ الانتهاء/ 11-2022

**PHARMACIE ACH-CHARAF**

**Dr. Bouchra TAOUFI**

Coopérative Ac-charaf, N° DM?

Hay Inara, Haddaouia - CASA

Tél : 05 22 21 64 09

Casablanca, le

**14/02/2022**

96. شارع 2 مارس. إقامة وليي العمارة 1. الطابق 2. الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58

96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

الاستعجلات : 05 22 21 64 09 - URGENCES : 06 64 17 10 21