

# 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.

## Radiologie 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 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

(127039)

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0008617**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1892 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TADILI ABDELMOUNAÏD Date de naissance : 12-02-46

Adresse : Rue de ALFIRSAWS, 111422 - R. d'Agoudas

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/08/2022

Nom et prénom du malade : Tadili ABDELMOUNAÏD Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Suite Glaucone

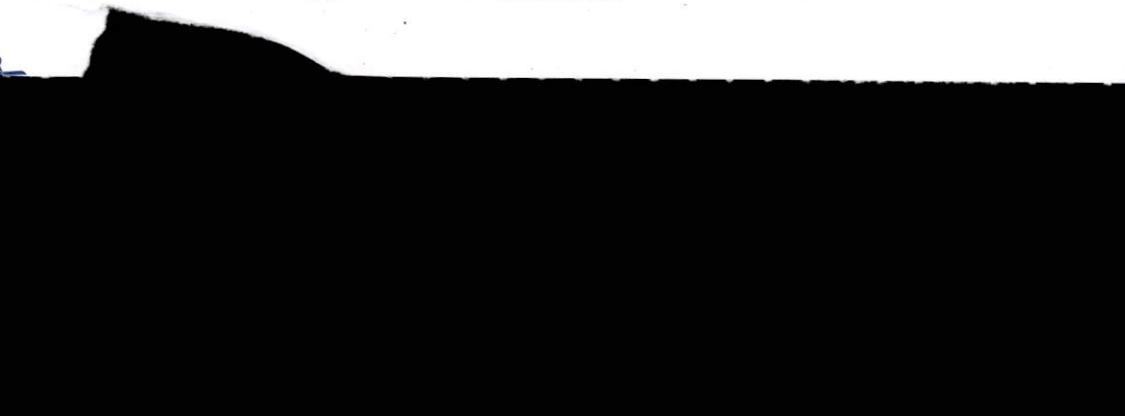
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 11/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie BAZAAR Résidence La CORNICHE Zone 3 - 1000 Alzey-Sa 01 38 75 10 50</i>	03/08/22	68,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/08/22	laser ARGON	1200 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

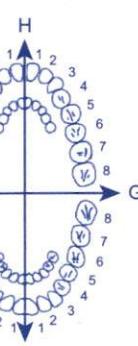
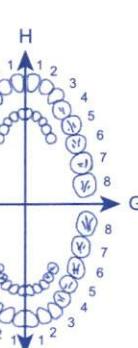
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 de l'ODF.

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 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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



# مركز العيون ببر انزاران

## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE  
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII  
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

**الدكتورة هدى خليفي**  
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
خريجة جامعة باريس VII  
طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Casablanca le : 18/08/22 الدار البيضا في :

Dr Tadili: Abdelmounaim

Laser Argon SST



Nardi 23/08/22



# CLINIQUE AL MADINA

## F A C T U R E

N° : **7807 / 2022** du **23/08/2022**

**LASER ARGON**

Nom patient	<b>TADILI ABDELMOUNAIM</b>	Entrée	<b>23/08/2022</b>
	<b>PAYANT</b>	Sortie	<b>23/08/2022</b>

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>LASER ARGON</b>	<b>1,00</b>		<b>1 200,00</b>	<b>1 200,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>1 200,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>  MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 200,00</b>

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél.: 05 22 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01



Dr KHALIFI Houcine  
Oncophtalmologue  
ICE: 0522 77 77 49  
Tel: 0522 25 00 01  
0522 77 77 29

03 / 08 / 22

## ORDONNANCE

Dr Traditi Abdelmoumine

Oeil Droit

Oeil Gauche

68,00

S.V

DICLOCED

1gtte x 2 / j pendant

15 jours

T = 68,00

**CLINIQUE AL MADINA**  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tél: 0522 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01

Dr KHALIFI  
Oncophtalmologue  
ICE: 0522 77 77 49  
Tel: 0522 25 00 01  
0522 77 77 29

Dr KHALIFI  
Oncophtalmologue  
ICE: 0522 77 77 49  
Tel: 0522 25 00 01  
0522 77 77 29

# Pharmacie BADIA - Casablanca

Badia EL AIDI

05.22.91.38.73

résidence la corniche EQ3, zone3, Bd Abdelhadi Boutaleb ex(route d'azemmour), casablanca



Facture N° 20220823-971

Date de vente : 23/08/2022

Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DICLOCED CL 10ML COLLYRE	1	68,00	TVA (7.00%)	68,00

Total HT	63,55 DHS
TVA	4,45 DHS
<b>Total</b>	<b>68,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-huit DHS

PHARMACIE BADIA  
EQ 3 Zone 3 Route d'Azemmour  
Bouziza - Casablanca