

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044637

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1084

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYACHI LAHRACH Fahia

Date de naissance : 06/02/50

Adresse : 2 rue Ann Asserdonne CIL Casablanca

Tél. : 0661267345

Total des frais engagés : VM M.T.A.Z. ophtalmo

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : LAYACHI chareki

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Zona ophtalmique

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
08/08/22	G		300 000	
02/08/22	G		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie C.I.L. BENBRAHIM TOURIA 100, Boulevard Ibn Sina Tél : 03 22 36 18 68 - Cas 3	08/08/22 12/08/22	84770 259,00

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

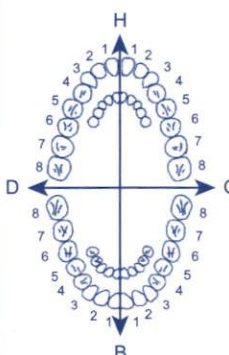
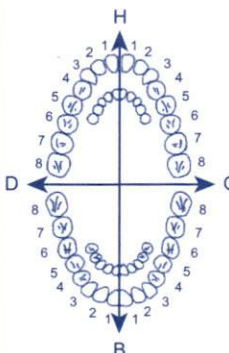
[illegible]

# 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 bilan de l'ODF.

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="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

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



Docteur Nacer TAZI

Ophtalmologiste

Diplôme Universitaire de Chirurgie  
de la Cataracte et de la Myopie (Besançon)  
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie  
Rétiniennes (Paris)



الدكتور نصر التازي

طب و جراحة العيون

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين  
وقصر النظر (بيرانسون)  
دبلوم جامعي في تصوير وأمراض  
شبكية العين (باريس 7)

LOT 22006 VAREX 500  
PER 05/25  
PPV 432 DH 00



VIRGAN 1,5 mg/g - Gel ophtalmique - Tube de 5 g  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable: Amina DAOUDI - PPV: 140 DH

فوسيدين 2%  
كريم أنبوب من 15 غ

39,70

NO - DOL CODEINE  
CP 820

P.P.V: 28DH00



PPV 29DH10  
PER 06/24  
LOT L2432

Dolifen

Cicalfate



3-282779 048637

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose

Monoprost



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost

4083  
11 2021  
11 2023

Lot / Fab / EXP

26106501

827,70

Casablanca, le lundi 08 août 2022

Monsieur LAYACHI Chaouki

432,10 VAREX 500 mg  
2 COMPRIMÉ, 3 fois/j, pendant 7 jours

140,00 VIRGAN GEL  
1 app 5 fois par jours, OD, 7 jours

39,70 FUCHIDINE 2% crème  
1 app 2 fois par jours, 7 jours

28,00 NO DOL  
1 cp si douleurs

29,10 DOLIFEN  
1 cp si douleurs

CICALFATE LOTION  
1 app 2 fois par jours, 15 jours

178,80 MONOPROST  
1 goutte le soir, ODG, 6 mois à renouveler

THEALOSE  
1 goutte à la demande, ODG, 6 mois à renouveler

Docteur TAZI Nacer  
OPHTALMOLOGISTE  
16, Bd d'Anfa, 3e Etage N° 31  
CASABLANCA

Casablanca - Tél : 05.22.22.22.18



**Docteur Nacer TAZI**

**Ophtalmologiste**

Diplôme Universitaire de Chirurgie  
de la Cataracté et de la Myopie (Besançon)  
Diplôme Universitaire Imagerie et Pathologie  
Rétiniennes (Paris)



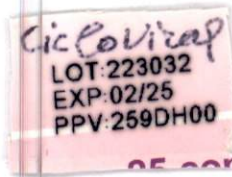
**الدكتور نصر التازي**

**طب و جراحة العيون**

دبلوم جامعي في جراحة إعتام عدسة العين  
وقصر النظر (بيرانسون)  
دبلوم جامعي في تصوير وأمراض  
شبكية العين (باريس 7)

Casablanca, le vendredi 12 août 2022

Monsieur LAYACHI Chaouki



CICLOVIRAL 400 mg

259002 cp 5 fois par jour  
1 semaine



DOCTEUR TAZI NACER  
OPHTALMOLOGISTE  
5, Bd d'Anfa, 3<sup>e</sup> Etage N° 31  
CASABLANCA