

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 048914

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUJRADA Ahmed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : Salma 2 Rue 1 111775 CAA
 Tél. : 0666349769 Total des frais engagés : 695,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Boujrada Ahmed Age: 80ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection Longue Durée
 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 : CAA
 Signature de l'adhérent(e) :
 Le : 26/12/2022

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
22/12/2022	CS	270,00		

DIASSAIME KADIMA
 Ophtalmologue
 148 Bd Jouanne Apt 1 Salmia
 Casa - Tél : 0522 57 00 57

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BELLOUCH Rue 1 N°176 Salmia II Sbat Casablanca Tél: 05 22 38 36 84	22/12/22	445,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser

OCUSERUM

20 Unidoses 5 ml

P.P.C : 59,90 DH



6 118002 060053

OCUSERUM® AMMN° 2896/8523/2016/DMP/20/DM

الدكتورة السليم كريم

اختصاصية في أمراض و جراحة
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العندسات اللاصقة

22 décembre 2022

Mr. BOUJRADA AHMED

LOT

PPC
DHS

0050322
2024 03
159,00

192,10
DUOTRAV



6 118001 071340
DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Remboursable AMO
407393 MA

une goutte par le soir , dans les deux yeux

169,00
XILOIAL ZERO

1 gtt 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

34,00
LIPOSIC GEL

1 goutte le soir , dans les deux yeux

59,90
SERUM PHYSIO UNIDOSE

1 Lavage le matin, dans les deux yeux

LIPOSIC
Gel ophtamique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV : 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

PHARMACIE
Rue 1 N°116 S
Casab.
Tél: 05 22 38 36 84

T: 445,00
PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

Dr.ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146,Bd Joulane Apt 1 Salmia 2
Casa - Tél: 0522 57 00 55

146,Boulevard Joulane ,Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60
05 22 57 00 55 : الهاتف : 146، شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف :

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة السليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العديسات اللاصقة

00739

22 décembre 2022

Mr. BOUJRADA AHMED

DUOTRAV

une goutte par le soir , dans les deux yeux

XILOIAL ZERO

1 gtt 3 fois par jour, dans les deux yeux

Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146, Bd Joulane, Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55