

# 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° P19- 060426

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3246 Société : 146486  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELOIDGHIRI ELABID  
Date de naissance : 01/01/1972  
Adresse :  
Tél. : 0663867779 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/01/2023  
Nom et prénom du malade : ELOIDGHIRI ELABID Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : correction linc... progressive  
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 : 25 JAN. 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# 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
19/01/2023	S		250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
NOUVELLE PHARMACIE MBL SARL AU 0522 28 12 95 - 0522 80 44 61	19/01/2023	233,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

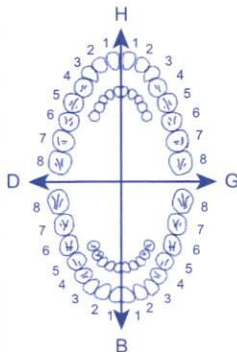
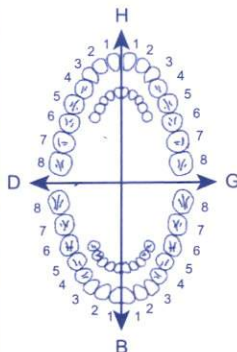
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	20/01/23					3100,00 5\$

# 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. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

**Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux**

**Laser - Angiographie**

**Contactologie**

**Strabologie**

**الدكتورة بوقسيم مليكة**

**طب العيون**

**دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية**

**إختصاصية في أمراض و جراحة العيون**

**الليزر....**

**Dr. BOUKSIM M.**  
**Ophtalmologiste**  
**Bd. Oum Rabii Gpe Rés. Al Firdaous**

Casa le :

19/01/2023

**Mr. ELOIDGHIRI Elabd**



**ZALERG 0,25 mg/ml**

**Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH**

**Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri**  
**Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI**

1/ ZALERG

**1 gtt 2fois par jour, les deux yeux, 1 Mois**

2/ CATIONORM

**1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois**



**Cationorm®**

**Multi**  
**Emulsion**  
**ophtalmique**

**PPC 158,00 DH**

233,70

**Dr. BOUKSIM M.**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**Bd. Oum Rabii Gpe Rés. Al Firdaous**  
**Imm. L 30 1er étage**  
**Casablanca**  
**0522 914 111**



**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية

إختصاصية في أمراض و جراحة العيون

اللايزر....

Casa le :

**Mr. ELOIDGHIRI Elabid**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 1.75 (- 0.75 à 88°)

OG = + 2.25 (- 0.75 à 84°)

VP :

ODG = Add : + 3.00

BACHA VISION  
25, Rue Mly EL Hassan Baladia  
Tél : 022 95.38.78

Dr. BOUKSIM M.  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Oum Rabii Res. Al Firdaous  
Imm. L 30 1er étage  
Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 91 41 11

EL OUDGHIRI

EL abid

lum Le 20/01/2023 FACTURE N° 97

Quantité	Désignation	Prix U.	Total
	Maintenance optique des verres en progressifs organiques antiréfl.		700,00
<u>VL:</u>	OD: +1,25 (-0,75 à 88°)		1200,00
	OC: +2,25 (-0,75 à 84°)		1200,00
<u>VP:</u>	OD: 244 + 3,00		
			3100,00
ICE: 000 86 79 80 0000 31			
Avec la présente facture la somme de: Trois mille cent DTS.			
Total :			3100,00