

# 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 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.

## 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

M22- 0055610

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5404 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité  
Nom & Prénom : MEJBAR SAKINA  
Date de naissance : 1957  
Adresse : 38 Rue des Asphodèles Casablanca  
Tél. : 0661456468 Total des frais engagés : 936,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/04/2023  
Nom et prénom du malade : TAZI Jaouad Age : 1946  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection ophtalmologique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2202 MAY 61

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /



# 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
17-04-23	cs q ks	1	350,00	<p>Docteur Maryem El Khadra - Casablanca</p> <p>OPHTALMOLOGISTE</p> <p>38, bd El Masira El Khadra - Casablanca</p> <p>Tel : 05 22 84 29 40 et 05 22 94 29 41</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE BACHROU</p> <p>22833545</p> <p>Mooril</p> <p>022 83 35 45</p> <p>AMRIT QUALITE</p>	22/03/2023	303,20
	17/04/2023	283,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

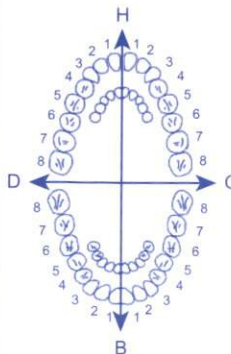
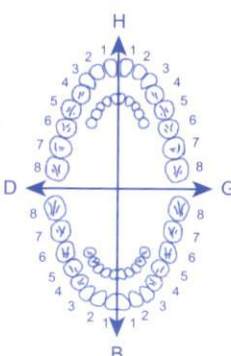
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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"/>										
					Début d'exécution <input type="text"/>										
					Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<div>H</div> <table><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></table> <div>B</div>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D	G													
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				Montants des Soins <input type="text"/>										
					Date du devis <input type="text"/>										
				Date de l'exécution <input type="text"/>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة مريم العمراني  
مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز

Docteur Maryem LAMRANI

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris*

Casablanca, le 17 avril 2023

TAZI Jaouad

192.10  
Instiller dans les yeux

DUOTRAU

1 goutte le soir pendant 1 mois

IBRIMO

1 goutte 2 fois par jour, à 12 heures d'intervalle, pendant 1 mois

283.60  
Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22 94 29 46 et 05 22 94 29 47

# الدكتورة مريم العمراني

## مُتَخَصِّصَة فِي طِبِّ وَجَرَا حَةِ الْعَيُون خَرِيجَة جَامِعَة بَارِيز

**Docteur Maryem LAMRANI**

*Spécialiste en Ophtalmologie diplômée de l'Université de Paris*

Casablanca, le 22/03/2023

TAZI Jaouad

Instiller dans les yeux

178,90  
MONOPROST

1 goutte le soir pendant 1 mois

194,30  
AZARGA

1 goutte 2 fois par jour, à 12 heures d'intervalle, pendant 1 mois

Ne pas arrêter le traitement sans avis médical

Docteur Maryem LAMRANI  
OPHTALMOLOGISTE  
38, bd El Massira El Khadra - Casablanca  
Tél. : 05 22.94.29.40 et 05 22 94 29 4





PHARMACIE BACHKOU

MR AMRI OUALID

47 PROJET ERAC BACHKOU BD DE LA MEC

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 36380260

N° R.C. : 248708

N° ID.F. : 42143190

N° CNSS : 2563882

Tel : 0522833545

Fax : 0522833545

TAZI JAOUAD

I.C.E. :

N° ICE 001678034000036

Le : 17/04/2023

FACTURE N°: 522/23

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	DUOTRAV COLLYRE 2.5ML	192.10	192.10
1	(*)IBRIMO COLLYRE	91.50	91.50

TVA 7%: 12.57

Total : 283,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT QUATRE-VINGT TROIS DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

PHARMACIE BACHKOU  
47 PROJET ERAC BACHKOU N° 47 A 48  
MOCN Tel 022 83 35 45  
AMRI OUALID