

# 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.

Nº M21- 0006550

273068

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1057 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : LASSACHE MOHAMED

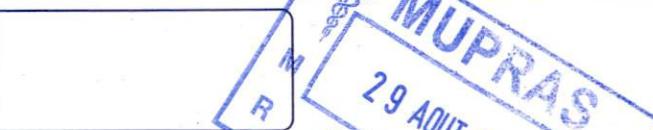
Date de naissance : 11/11/1948

Adresse : 50 Rue Leonard de Vinci Casab

Tél. 06 18 18 80 67 Total des frais engagés : 221,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : 06/08/2023 Le : 06/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>ARMACIE WAZIR 153, Rue Habacha Day Duld Sidi Baba Mellah - Casablanca 22.25.18.07</del>	12/18/23	221,40

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

#### 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 :**

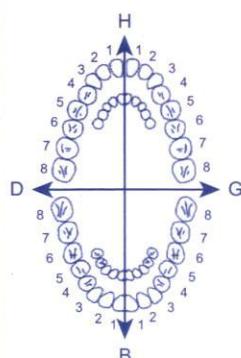
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# PHARMACIE WATO (EX M'BIRKOU)

153,day ould sidi baba derb ghalef

**DR ADLOUNI ALAMI OUSSAMA**  
Pharmacien Aromathérapeute  
Université de Genève

R.C :315533

Patente:34704247

T.V.A :

C.N.S.S:4622002

Tél :0522251607

Le 12/08/2023

**FACTURE N°580457**

N° ICE : 001560336000065

N° IF : 15204335

**LAAKEL MOHAMED**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	XOLAMOL SOL OPHTAL FL 5ML	110,70	221,40	14,48	7,00
 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <b>PHARMACIE WATO</b>            153, Rue Habacha            (Bd Day Ould Sidi Baba)            Derb Ghellaf - Casablanca            Tél: 0522 25 12 07         </div>					

**TOTAL T.T.C :**

**221,40**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	221,40	Montant :	14,48	TVA 20% Base :		Montant
--------------	---------------	--------	-----------	-------	----------------	--	---------

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Deux Cent Vingt Un Dirhams et 40 centimes.*

**Dr. Mustapha AZHARI**

Spécialiste des Maladies  
et de la Chirurgie des Yeux  
Ancien Interne des hôpitaux  
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme  
Contactologie



**الدكتور مصطفى أزهري**

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللاصقة

07 décembre

Casablanca, le .....

2022

**Mr. LAAKEL Med**

2 X Mois

**XOLAMOL COLLYRE**

1 GOUTTE X 2 PAR JOUR (9H00 ET 021H00), dans les deux  
yeux, pendant 1 Mois

(av.)

221,40

**PHARMACIE WATO**  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellaf - Casablanca  
Tél: 0522 25 18 07

Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 CASA  
Tél / Fax : 05 22 27 60 61

131، شارع عزيز المخون (زاوية زنتة كابان) إقامة جوهرة عبد المومن - الصنف 4 - قاعة 15، المكتب 15  
131, Bd. Abu mounen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4<sup>th</sup> Etage - N° 15 - Casablanca  
Tel. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tel.: 05 22 47 30 38 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr