

# 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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie  
M22- 0009880

Maladie  Dentaire  Optique  Autres <sup>187679</sup>

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BENYAHIA ABDELAZIZ  
 Date de naissance : 01.07.48  
 Adresse : 100 BVD ANFA CASAS  
 Tél. : 0669503936 Total des frais engagés : 1442,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / / ANPE : 091091520  
 Nom et prénom du malade : Benyahia Abdelaziz Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : ALD / ALC Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 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 : CASAS Le : 22 / 11 / 23  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
22/11/23	G		3000	<b>Dr R. LAMBERT</b> Ophtalmologiste Ophtalmo Clinique de Casablanca 13, Rue des Papillons Oualia - Casablanca Tél.: 0522 25 71 71 (SLG) - Fax: 0522 25 71 15 INPE : 091091529

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE LES TRISSES</b> Dr. LEMSEFFER Malak 164, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél.: 05 22 36 24 79	22/11/23	1142,90

**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.

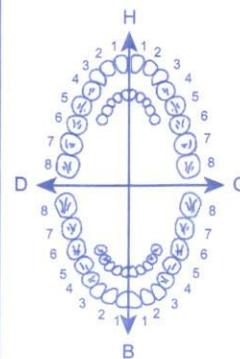
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



DT241004441828

Casablanca le : .....

22 novembre 2023

BENYAHIA Abdelaziz

PHARMACIE LES IRISSES  
Dr. LEMSEFFER Malak  
164, Boulevard d'Anfa  
(Anfa) - Casablanca  
Tél: 0522 25 11 15

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

MONOPROST

128,90 x 3

Le Soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois RENEUVELA

XOLAMOL

110,70 x 3

Le Matin et le Soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois  
RENOUVELABLE

CILOXAN collyre (ciprofloxacin) 0,3%

45,90

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 12 jour

AUGMENTIN 1 g /

168,20

1 sachet 2 fois par jour, M & S, après repas, 5 jours

ORAPROXAL cp : 20 mg  
4 cp de 1/2 heure le MATIN

Urgence 24/24 55

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
ePV : 178.90 DH



6 118001 072583  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

60,00

Dr. R. LAMRANI  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casablanca  
Tél: 0522 25 11 15  
Fax: 0522 25 11 15  
Mél: 091091520

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

زولامول®  
Xolamol®

Lot: AE 0069  
Fab: 05 23  
Exp: 05 25

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: AA 0330  
Fab: 01 23  
Exp: 01 25

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®  
Xolamol®

Lot: AE 0504  
Fab: 05 23  
Exp: 05 25

P.P.V : 110 DH 70



CILCAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO  
406434

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
**AUGMENTIN**

1g<sup>/125 mg</sup>  
Sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas,  
pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الاكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPV : 168,20 DH  
LOT : 652429  
PER : 05/25





Casablanca le : 22/11/2012

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de M... *Beny. Ahia Abdelaziz*  
La somme de : TROIS CENT Dirhams  
300 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

**Dr R. LAMRANI**  
Ophthalmologiste  
Ophthlmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél. : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15  
INPE : 091091520

**Urgence 24/24**

# Pharmacie LES IRIS - Casablanca

Dr LEMSEFFER Malak

0522362479

164 boulevard d'Anfa (angle rue Moliere), casablanca



**Facture N° 20231219-268**

Date de vente : 22/11/2023

Médecin traitant :

**MR BENYAHIA ABDELAZIZ**

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	3	178,90	TVA (7.00%)	536,70
XOLAMOL CL 5ML COLLYRE	3	110,70	TVA (7.00%)	332,10
CILOXAN CL 0.3% 5ML COLLYRE	1	45,90	TVA (7.00%)	45,90
AUGMENTIN ST 1G B16 SACHETS	1	168,20	TVA (7.00%)	168,20
ORAPRED CO 20MG B30 COMP EFFER	1	60,00	Exonéré (0.00%)	60,00

Total HT	1 072,06 DHS
TVA	70,84 DHS
<b>Total</b>	<b>1 142,90 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille cent quarante-deux DHS  
et quatre-vingt-dix centimes**

PHARMACIE LES IRISSEL  
Dr. LEMSEFFER Malak  
164, Boulevard d'Anfa  
(Angle Rue Molière)  
Tél. : 05 22 36 24 79