

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



1 87748  
**Déclaration de Maladie : N° P19- 0013997**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01587 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ARRIAS MOHAMMED ADAM Date de naissance : 14/12/19  
Adresse : 3 AVENUE EL MAKARA Agdal  
Tél. : 0661336911 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2023

Nom et prénom du malade : ARRIAS MOHAMMED ADAM Age : 12

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : leps cancer

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 27 DEC 2023

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

14/12/2023 CS

259,00 dh

18/12/2023

6051

277,10 dh

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien

Date

Montant de la Facture

14-12-23

76,10 DHS

18-12-23

277,10 DHS

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

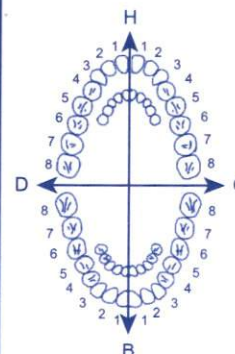
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT  
MASTICATOIRE

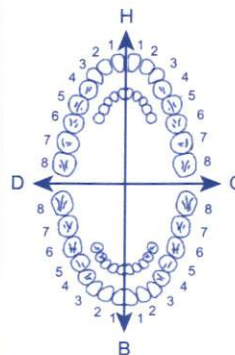
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Ilham MORSLI**

Ophthalmologiste

Adultes & Enfants

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca

El Jadida

الدكتورة إلهام مرسلي

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بمستشفى غشت بالدار البيضاء  
حاصلة على شهادة في سطح العين بجامعة بريس



Vigamox® 5 mg/ml  
Collyrium en solution, Flacon de 5 ml  
Distribué par les laboratoires  
SOTHEMA BOUSKOURA  
AMM N° 562/18 DMP/21/NT0  
PPV : 65,00 DHS © 2016 Novartis 449781 MA

El Jadida, le 18 décembre 2023

Mr ARRIAS Mohammed Adam

DEXAFREE UNIDOSSES

QSP

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 10 j

VIGAMOX

QSP

1 goutte x 3 / jour, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

EOLE DUAL

QSP

1 goutte 6 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 1 Mo



DR. ILHAM MORSLI  
Ophthalmologiste  
Adultes et Enfants  
97, Av Abou Chouaib Doukkali  
EL JADIDA



فيلا رقم 97، الطابق السفلي شارع ابوشعيب الدكالي (قرب مستوصف بوشريط) - الجديدة

Villa N°97, RDC Av Abou Chouaib Doukkali (Près du Dispensaire Bouchrit) - El Jadida

Tél.: +212 523 803 938 - E-mail: morsli16@gmail.com



**Dr. Ilham MORSLI**

*Ophtalmologiste*

Adultes & Enfants



**الدكتورة إلهام مرسلي**

**طب و جراحة العيون  
كبار و صغار**

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Ancien Médecin de l'Hôpital 20 Août de Casablanca  
Diplômée en surface oculaire de l'université de Brest

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء  
حاصلة على شهادة في سطح العين بجامعة بريست

El Jadida, le 14 décembre 2023

**Mr ARRIAS Mohammed Adam**



**CORNEREGEL**

**QSP**

1 application par jr le soir , dans l'œil gauche, pendant 10 jours



**Corneregel Gel ophta 10g**

ZENITH PHARMA  
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP  
PPF: 76,10 dhs  
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

فيلا رقم 97، الطابق السفلي شارع ابوشعيب الدكالي (قرب مستوصف بوشريط) - الجديدة

Villa N°97, RDC Av Abou Chouaib Doukkali (Près du Dispensaire Bouchrit) - El Jadida

Tél.: +212 523 803 938 - E-mail: morsli16@gmail.com

26088003

Lot / Fab / Exp :



8R42

10 2022

10 2025



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI