

# 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

M22- N° 003012

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 714 Société :  
 Actif  Pensionné(e) Autre : QW 1532  
 Nom & Prénom : S.KALI FAROUK  
 Date de naissance : 1946  
 Adresse : Residence EL HAMDA FARAFS SALAM  
 Tél. : 06 44 28 24 938 Total des frais engagés : 351,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
D BENJELLOUN Mohamed Faycal  
 Spécialiste en Ophtalmologie  
 Maladies et Chirurgie des Yeux  
 102 Bd Zerkouni 2<sup>e</sup> Etage Casablanca  
 Tel : 05 22 27 82 00 P. 0653386346  
 Date de consultation : 06 AVR 2024  
 Nom et prénom du malade : E.L ALNOUI BATHIJA RAS Age : 76  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Affection gulaire U 8 AVR 2024  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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) : MOUL

#### **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
03-24	patient	patient		RENJOUN Mohamed Médecin Optométriste et Chirurgie des Yeux Bab Ezzouar 2 <sup>e</sup> Etage Casablanca T. +212 0553386345

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/03/2014	351,-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

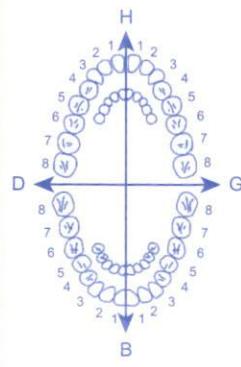
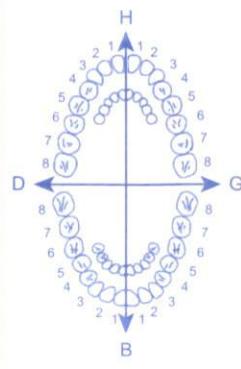
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENJELLOUN Mohamed Fayçal  
Medecin Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des yeux  
Pathologie vitréo-rétinienne



الدكتور محمد فيصل بنجلون  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
أمراض وجراحة الشبكة

Lauréat des Universités de Casablanca (Maroc)  
Paris (France) et Washington DC (Etats - Unis)

102, Bd Zerkouni - Casablanca  
Tramway : Station Av Hassan II

Tél. :

Urgences :

Fax :

E-mail :

05 22 22 19 64 - 05 22 27 82 00  
06 53 386 346  
05 22 27 06 71  
drbenfay@hotmail.fr

102 شارع الزرقطوني - الدار البيضاء  
الطرامواي : محطة شارع الحسن الثاني  
الهاتف :  
مستعجلات :  
الفاكس :  
البريد الإلكتروني :

Casablanca, le ..... 30 Mars 2024 ..... الدار البيضاء، في

Mme EL ALAOUI Bahija

COOPER PHARMA  
PPV: 71,20 DH

COOPER PHARMA  
PPV: 72,00 DH

PPV: 19,40 DH

MYDRIATICUM 0,5%  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,00 DH



TER MEDIC  
PPC  
119.00 DHS

1/ Azyter collyre :

1 goutte matin et soir pendant 3 jours OD seul

2/ Dexa free collyre :

1 goutte 4 fois par jour OD seul à maintenir jusqu'à modification de prescription

3/ Frakidex pommade :

1 application par jour OD seul avant le coucher à maintenir jusqu'à modification de prescription

4/ Mydriaticum collyre :

1 goutte le soir avant le coucher pendant 5 jours OD seul

5/ Phylarm collyre :

1 lavage 4 fois par jour avant instillation des gouttes

6/ Compresses stériles :

Pour hygiène périoculaire

7/ Pansements oculaires adhésifs :

Changement quotidien – Marque Artsana ou Hypodress

Dr BENJELLOUN M.

Compresses  
Stériles