

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0024889

137389

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2492 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAYIB Zohra

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : M. NAYIB Zohra Ep. LAAGHCH Age:

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Gt. Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
20/10/22	C	3	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20/10/22

290,00

IPN : 092002062

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 :

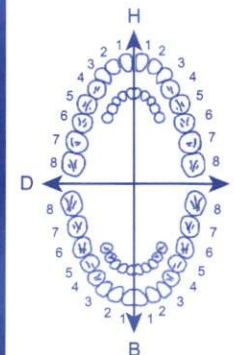
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

[Création, remont, adjonction]

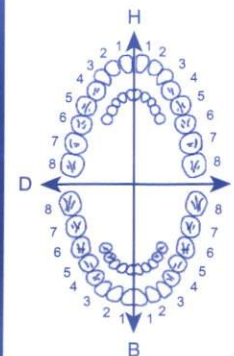
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/عيار H8041
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 01-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 08-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH
6118001071425
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA B.P. N°1, 27182 Bouskoura - MAROC

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH
6118001071425
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA B.P. N°1, 27182 Bouskoura - MAROC

TOBRADEX POMMADE OPHTALMIQUE 0,3/0,1% PPV : 54,40 DH
Boîte de 1 tube de 3,5 g Bouskoura Laboratoires SOTHEMA AMM N°455/18 DMP/21/NRQ
6118001070602
690206 MA

6118001070817
CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Casablanca, le 20/04/2022
Najib Lagladi 20h

IPN : 092002062

- Ortholux ou

Compresses stériles auto adhésive

- chibroxine collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 7 jours

- CHIBRO CADRON Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 15 jours

1 goutte, 2 fois par jour, pendant 15 jours

- TOBRADEX POMMADE

1 application, le soir, pendant 7 jours

- Indocollyre Collyre

1 goutte, 4 fois par jour, pendant 1 mois

Traitement pour l'œil

Merci de ramener à la consultation les médicaments du post opératoire

شارع الحزام الكبير
الحي المحمدي
الهاتف: 05 22 60 12 46

MODEL: AAB00
DIOPTR: +23,5D
Ø: 13 mm Øe: 6 mm
2026-05-29
Johnson & Johnson vision

Professeur Laila RAIS
Spécialiste en Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique
120, Bd. Mly. Driss 1er,
Rés. Dar Mly. Driss Casablanca
Tél: 0522 60 12 46

Consultation sur rendez-vous :
Rés. Dar Moulay Driss, 120 Bd Moulay Driss 1^{er} - 3^{ème} ét. 3
Cacablanca
Tél.: 05 22 86 41 23 / 51
E-mail: cabinetprrais@yahoo.fr

Urgences: GSM : 06 61 08 06 18

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/عيار H8041
Collyre 5ml FAB/تاريخ الإنتاج 01-2022
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء 08-2023
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

الموقع الإلكتروني: ais.ma



2017022048

ADULTE



6 compresses
OCULAIRE STERILE



Compresse OCULAIRE STERILE

Compresse Adhésives pour les yeux

Compresse pour les soins des yeux avec le bord oval adhésif qui remplace de façon pratique la classique et inesthétique application de sparadrap supplémentaire.



Prêt à
l'usage

Très absorbant

6

Pochettes
stériles
individuelles

95x65 mm



Comed