

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 045147

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : 156970

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAMMA JELLOULIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661422452 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

ACHAGRA OUMAIMA
Maladies et Chirurgie des Yeux
9 Bd. Mohammed V - Casablanca
Tél : 27 - 66 - 77

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : BENHAMMA JELLOULIA Age :

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

Nature de la maladie : AFFECTION O.C.H. MALIE

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.

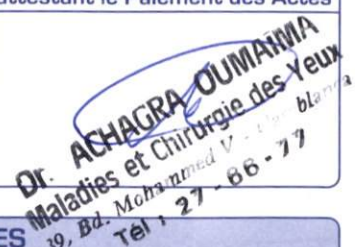
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

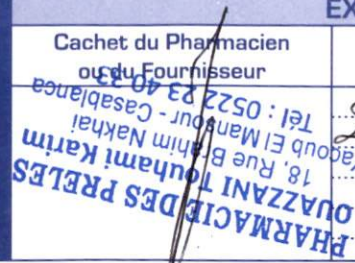
Signature de l'adhérent(e) :



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
23.03.23			300.00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/23	1083,6

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
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

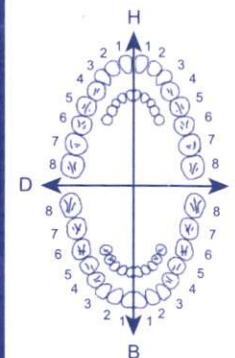
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

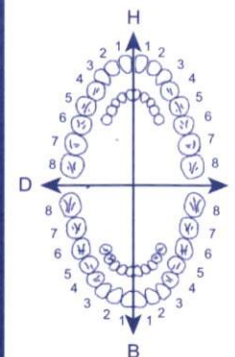
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur Oumaïma ACHAGRA

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies
& Chirurgie des Yeux

Esthétique et Pathologie des Paupières

Chirurgie du Strabisme

Chirurgie de la Cataracte

Diplômée des Universités de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Horaires : 9h à 16h

Rendez - vous



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 148,70 DH

406152 MA



6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 148,70 DH

406152 MA

Madame BEN HAMMOU Jelloulia



6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 30/20/DMP/21/NRQDNM
PPV : 148,70 DH

406152 MA

- TRAVATAN COLLYRE

1 goutte, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- CAMBIGAN COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- ARTELAC COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

الدكتورة أميمة أشكري

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

تجميل وأمراض الجفن

طب وجراحة الحول

خريجة جامعة باريس

الإستقبال : 9 صباحا إلى 4 بعد الزوال
بالموعد

23/03/2023

Casablanca, le

QUAZZANI TOUHAMMI KARIM
18, Rue El Mansour - Casablanca
Tél : 05 22 22 40 33

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml
Collyre en solution
Boîte d'un flacon de 5 ml



6 118001 251506

PPV : 183DH70

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml
Collyre en solution
Boîte d'un flacon de 5 ml



6 118001 251506

PPV : 183DH70

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml
Collyre en solution
Boîte d'un flacon de 5 ml



6 118001 251506

PPV : 183DH70

Dr. ACHAGRA OUMAÏMA
Maladies et Chirurgie des Yeux

39, Bd. Mohammed V - Casablanca

Tél : 27 - 66 - 77

En cas d'urgence, contacter la Clinique RACHIDI : 05 22 22 12 96

39, شارع محمد الخامس - قرب سينما أ.ب.س. - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

39, Bd. Mohammed V - Près Cinéma ABC - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 66 77 / 05 22 27 13 97

البريد الإلكتروني : GSM : 06 62 18 38 27 - E-mail : cabinetdocteurachagra@gmail.com

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH



Détenteur de la DE/AMM,
fabriquant et conditionneur
صاحب طور التسجيل
والرخصة، المصنع والمعبئ:
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

ZENITH Pharma



6 118001 270521

ppv : 28,80 DH



Détenteur de la DE/AMM,
fabriquant et conditionneur
صاحب طور التسجيل
والرخصة، المصنع والمعبئ:
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH



Détenteur de la DE/AMM,
fabriquant et conditionneur
صاحب طور التسجيل
والرخصة، المصنع والمعبئ:
Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne