

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- 0008838

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : HAJIL 630 Société : AS9195

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAJIL MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1944

Adresse :

CHERAM RUE 1 ART 80 IN 1 OUL FA

Tél. : 06.70.98.62.00

Total des frais engagés : 11.134.262,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

12/04/2023

Nom et prénom du malade :

hajil mohamed

Age : 79

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

oil

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 : SAS

Le : 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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 Patient et des Actes
12/04/2023	G	—	—	Dr. Rashed Optométriste Opticien Espace Bureau 1er étage B Douara (Haj Fatch) Oulfa - Casablanca Tel : 05 22 10 12 51 06 63 65 68 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOULIANE Groupe K. N° 154 N° 225 El Oulfa - Casablanca Tél. : 05 22 90 63 I.C.E. : 000500246000026	12/04/23	163,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text"/>
	—	—	—	<input type="text

Dr RAFIK ILYASS
OPHTHALMOLOGISTE
ADULTES ET ENFANTS



د. إلدياس الرفيق
طب و جراحة العيون
للكبار و الصغار

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى ٢٠ غشت

Casablanca le

12 avril 2023

Mr. HAJIL Mohamed

٩٣,٦٠

OPTIPRED



1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours

1 goutte 2 fois par jour pendant 15 jours, dans les deux yeux

٩٣,٦٠

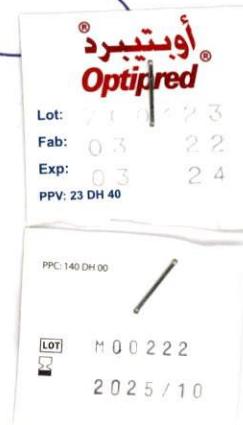
MIXTEARS COLLYRE



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

٩٦٣,٦٠

*Dr. Rafik Ilyass
Ophtalmologist
Espace Bureau Lina 1er étage Bd Oued
Daoura Haj Faouz Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 10 12 57 / 06 03 05 08 08*



PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue ٥٤, N° ٢٣/٢٥
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

٠٥.٢٢.١٠.١٢.٥٧

٠٥٦.٦٣.٦٥.٦٨.٠٤

✉ dr.rafiik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Faouz Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)
عمراء لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)