

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- 0033261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003 Société : RA 7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Lahcen BAGASS 160635
Date de naissance : 01-01-1935
Adresse : El Hadamoun CHERAM Rue 1 imm 82 n° 1
Aloulfa 20240 Casablanca
Tél. : 06 66 29 66 46 Total des frais engagés : 246,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **DR BAKRIM Mohamed**
OPHTALMOLOGUE
Maladies et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 323 Bd. Oued Jaoua
Casablanca - CASABLANCA
Tél 05 22 21 42 05
Date de consultation : 10 / 05 / 2023
Nom et prénom du malade : BAGASS LAHCEN Age : 87 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ALD avec crise de glaucome
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 : Casablanca Le : 15 / 05 / 2023
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
10/05/23	C5		2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/05/23	494.20

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohamed BAKRIM

* Spécialiste en Chirurgie et Maladies des Yeux

* Traitement par laser

* Chirurgie par phaco-émulsification, Strabisme

Membre titulaire de la société Française d'ophtalmologie

* Membre de l'Américain Academy of ophtalmology



الدكتور محمد باكريم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة قصر البصر: العلاج بالليزر
الجلالة بدون تخدير - حول البصر

عضو فعلي في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون

عضو في الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون

Casablanca, le 10/05/2023 في الدار البيضاء،

BIAGRA LABEON

7060

OPLOCET solution anti-cataractes (-) 10,5ml

18210

SULIAT HCTP (180/10-17,1) x 26/1ml

6450

MIK 20 Solution (application locale)

8800

SAPHIR 1gr (poudre suspension lavable) 10ml

OTOLAY 100ml Hygiène d'oreille

8900

9. 49420

Dr. BAKRIM Mohamed
OPHTALMOLOGUE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Place Chahdia, 323 Bd. Oued daoura
Oulfa - CASABLANCA

Tel: 05 22 91 42 65

05 22 91 42 65 : العيادة - الدار البيضاء - الألفة - الدائرة - الدائرة - الدائرة

Place Chahdia, 323 Bd Oued daoura - Oulfa - Casablanca - Cabinet : 05 22 91 42 65

50 ml e 89 3 REF ACL 470 199.8
CN 170937.0

CE 0459

3 700366 000160

LOT: 21472
PER: 10\2025
PPC: 89.00DH

SULIAT® HCT ○
160 mg / 5 mg / 12.5 mg
28 comprimés pelliculés

6 118000 072256

182 1/10

MYK 1% ○
Flacon de 30 ml

6 118000 120421

Saphir® 1g/125 mg سفير
12 Sachets 12 كيسا ○

6 118000 082552

PPV: 88DH00
PER: 12-25
LOT: L 4099

MyK 1%

4150

Sanofi-aventis Maroc ○
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaï Casablanca
Oflocet 1,6 mg/0,6 ml sol
auriculaire b20
P.P.V : 70,60 DH

5 118001 080571