

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 : N° P19- 0016959

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0743 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : GAMH MILoud Date de naissance : 1939
Adresse : AL INARA 1 Rue 33 No 9 CASA
Tél. : 0522210793 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/05/2023

Nom et prénom du malade : GAMH SAADIA - 1-1 - Age : 1950

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

Nature de la maladie :

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 : CAS

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/5/23


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

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
18/05/2023		2	250 DH	Dr. TANTAOUA 

Dr. TANTAOUA 
 203 Bd. Paternité Rés. Panoramique
 1° 18 - Casa - Tél: 05.22.21.17.00


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/2023	183,15

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	
	20/5/2023					3600,00

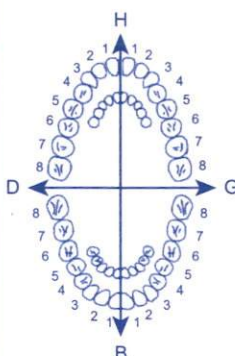
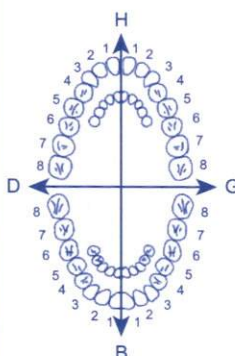
OPTIQUE GHITA
 Opticien Optométriste
 HAKEM 1° 18 Ibn Tachine
 N° 452 - Casablanca
 Tél: 05 22 60 34 39-GSM:06 67 10 10 10

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 <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 colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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.
sj



SILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
L.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

naa
aux



الدكتورة الطنطوي العراقية أسماء

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلالة - الزرق (طنسيون)
الحول - الليزر - تخطيط أوعية الشبكية
العدسات اللاصقة

Lentilles de contact

Physiod

ZENITH Pharma
PPC : 47,75 DH

Casablanca, le :

18 05 2023

GAMH SAADIA.

47,75

1/ Seen phyr (2) lunygr

45,90

2/ Cihoxany (spect rum)
dyx 3

89,50

Ocupal 14

ISOPHARM
OCUYAL
GOUTTE
0.13%
89.50 dhs

183,15

PHARMACE MOUHSSINE
MOUHSSINE Leila
301 av. 2 Mars - P.O. Box 114
Casablanca - Tél. 05 722 115 78

Dr. El ARAKI Asmaa
Ophtalmologiste
Panoramique II
203, Bd. Panoramique
Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

الرقم 203، تقاطع شارع المنظر العام وشارع 2 مارس إقامة المنظر العام 2 الطابق الأول شقة رقم 18 - الدار البيضاء
203, Bd. Panoramique (angle av. 2 Mars) Résidence Panoramique II, 1^{er} étage, N° 18 - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

Dr. TANTAOUI EL ARAKI Asmaa
spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Ophthalmologiste

Chirurgie de la cataracte - Glaucome
Strabisme - Laser - Angiographie
Lentilles de contact



الدكتورة الطنطوي العراقية أسماء

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة الجلابة - الزراق (طنسيون)
الحول - الليزر - تخطيط أوعية الشبكية
العصاة اللاصقة

Casablanca, le :

GAMH SAADIA.

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. 15, Tachine
452 Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 05 67 62 47 65

Handwritten notes in Arabic script, including prescriptions and clinical observations. Visible text includes:
- "ad - 2,5 (- 1,5 sur 120°)"
- "OU - 2,5"
- "vccu anti ufl + msh"
- "ad 2,5"
- "OU 2,5 + 3,25"
- "vccu anti ufl + msh"

OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1

N°454 - El Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE : 095012357



نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا : 32825428

C 01866

Tél : 05 22 60 34 39 - GSM : 06 67 00 97 85

Ordonnance de M. le Docteur : JAN TAOU EL ARAK ASMAA

N° DE nomenclature.....

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D : -2.50 - 1.50 @ 120° O.G : -2.50	PRES	O.D : 100 + 3.25 O.G : 100 + 3.25
------	------------------------------------------	------	--------------------------------------

FOURNITURE

Monture : optique

Verres : VL - organique AR
VP - organique BL

Total : 3600

1200	∞
1400	∞
1000	∞
3600	∞
espèce	

Arrêtée la présente facture à la somme de trois Mille six cent dh

Casablanca, le 2015 12 03

M. ou Mme : GAMH SAAOIA

ICE 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS : 173923031