

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 caninaux, 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 caninaux.

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° W21-801081

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12728 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MEGZAR MOHAMED
 Date de naissance : 15/08/1987
 Adresse :
 Tel : 0661098882 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SALAMI Soukaina
 Ophtalmologiste
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
 Fax : 05 22 25 00 01
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 06/08/2023
 Nom et prénom du malade : MEGZAR MOHAMED Age :
 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 : Le : 06/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 70 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 77 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNBP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
06/08/23	CS	EC 400 DH FM 400 DH	

Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
Dr. SAHBI Soukaina
 532 Bd Panoramique - Casablanca
 Tel : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
 Fax : 05 22 25 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LES PEUPLIERS
 17, Sect. 10, Hay Riad
 Casablanca - Tél : 05 37 71 11 58

07/08/23

150,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Designation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

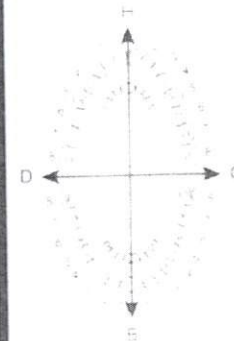
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



INP : [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

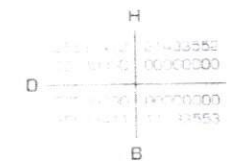
MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



[Creation, remont, adjonction]
 Fonctionnel: Tout acte qui est nécessaire à la prothèse

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

F A C T U R E

N° : 20524 / 2023 du 06/08/2023

Nom patient **MEGZARI MOHAMED**
PAYANT

Entrée 06/08/2023
Sortie 06/08/2023

CONSULTATION OPHTALMO

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Clinique				400,00

DR. SALAMI SOUKAINA (ophtalmologue)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
Total Autres prestations				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
HUIT CENTS DIRHAMS	Total 800,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Dr. SALAMI Soukaina
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél : 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 75 00 01

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique
Casablanca
Tél : 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 75 00 01

COMPOSITION: Solution aqueuse de polymères croisés d'hyaluronate de sodium (dont 0,4% de polymère croisé d'hyaluronate de sodium), Trémolam, Hydrochloric acid 2N, Chlorure de sodium, Eau Pour l'usage pharmaceutique.

MODE D'UTILISATION / PRECAUTIONS ET MISES EN GARDES: Avant utilisation: Voir les instructions dans le prospectus.

AVANT UTILISATION: Avant utilisation, la solution doit être conservée à 2°C et 30°C loin de la chaleur et exposition directe aux rayons solaires.

VALIDITE: A utiliser avant la date de péremption mentionnées sur la boîte et sur les unidoses.

COMPOSITION: Sodium hyaluronate crosspolymer aqueous solution (of which sodium hyaluronate crosspolymer 0.4%), Trémolam, Hydrochloric acid 2N, Sodium chloride, WFI, Preservative free.

INSTRUCTION FOR USE WARNINGS AND PRECAUTIONS BEFORE THE USE: See the instruction leaflet inside the pack.

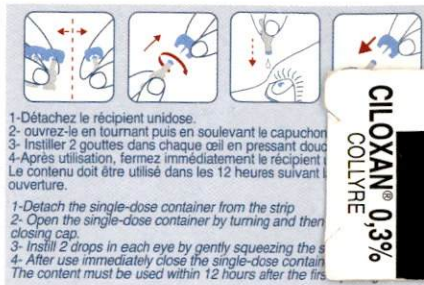
Store between 2°C and 30°C in a dry place away from heat and direct exposure to sunlight.

VALIDITY: With un-open pack, not exceed the expiry date stated on the box and on the single doses



RC0122
2025/06

PPC:105,00



CILOXAN® 0,3% COLLYRE

EXP: 09 2024



Dispositif médical
Medical device

STERILE A

Avant utilisation lire attentivement le prospectus
Before use, read carefully the instruction leaflet

Garder loin des enfants
Keep out of reach of children

Éliminer correctement le récipient après utilisation
Dispose of properly the container after use

Le contenu doit être utilisé dans les 12 heures suivant la première ouverture.
The content must be used within 12 hours after the first opening.

**Sans Conservateur
Preservative free**

Gouttes oculaires
Eye Drops

10 x 0,5 ml
Unidoses refermables
Reclosable single doses

E·PROM Pharma



Soulagement de la sécheresse oculaire
Ré-épithélialisation de la surface oculaire
Relief of eyes dryness
Ocular surface re-epithelialization





ORDONNANCE 06-08-23

Mr. Nohd Nazou

1/ Ciloxan 400mg

15,90

4 He 4 ITn

2/ Cipro 500mg

105,90 4 He 4 ITn

3/ Dole 100mg

150,90

PHARMACIE LES PEUPLIERS
17 Lot. 1, Sect. 10, Hay Riad
Casablanca - Tél.: 05 37 71 11 58

Dr. SALAMI Soukaina
532, Bd. Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

AL MADINA
CLINIQUE AL MADINA
Méd. Réanimateur
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax: 05 22 25 00 01

0661-81-61-45

ORDRE D'ENCAISSEMENT

Motif admission :

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
E2304681	MEGZARI MOHAMED	06/08/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
PAYANT		800,00
230806000305RA	OE établi par :RACHID	

Caisse nuit B