

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

M23-0018984

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BADRANE Abdelhak
 Date de naissance : 13/10/83
 Adresse : Mohamelle
 Tél. : 061 2307 en Total des frais engagés : 616,40 - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/09/23
 Nom et prénom du malade : BADRANE Fatima Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Defranch + Syphon sec
 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 : Casablanca Le : 13/10/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
11/09/22	CS+To	300018		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/09/22	316,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

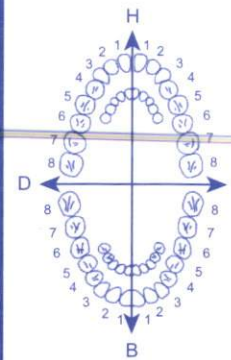
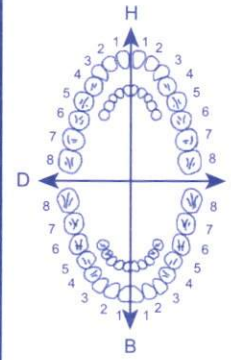
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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"/>
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> </div> <div> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> </div> <div> <p>G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>11433553 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris
Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بو غالب

طبيبة أخصائية

في أمراض و جراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة
بيير ماري كوري بباريس
طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

11/09/2023

Mr RADRANE Rathee

Steripharma
PPV: 89,30 dh

89,30

1. Ageteste 10ml

2. Zep 200 pol dm

LOT

PPC
DHS

0870623
202508
109,00

109,00



117,00

2
41,00

3. Getlauer

2. Zep 200 pol dm

77,10

4. Dexasfree

2. Zep 200 pol dm

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH
Dép par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouane
Casablanca - Pharmacie

T3 316,40

Rando 1978

421, Bd Abdelmoumen, résidence Ryad Abdelmoumen

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12، الهاتف : 0522 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

Pharmacie LES JOYAUX - Bouskoura

Mounia Moumane

0520616171/0693542847

Résidence les Joyaux de Bouskoura .Im C. Mag 1, Ville Verte Bouskoura



Facture N° 20230919-617

Date de vente : 11/09/2023

Médecin traitant :

Badrane Fatiha

Maroc

M. Fatiha

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
GEL LARMES 0.3G GEL OPHTALMIQUE TUBE DE 10G	1	41,00	TVA (7.00%)	41,00

Total HT	38,32 DHS
TVA	2,68 DHS
Total	41,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante et un DHS