

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 canaux, 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 canaux.

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

- 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-775437

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9523

Société : R A - 57

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : OUAZOU HABIBA

Date de naissance : 11/11/1968

Adresse : 51 Rue ELKHOZAT ET 62 AP 6

Tél. : 0663497193

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : OUAZOU HABIBA

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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

Le : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : OUAZOU HABIBA

ACCUEIL

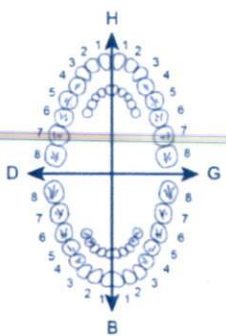
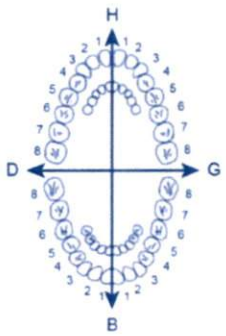
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
17/07/23	CS	1	300,00	INP: 091062729

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	17/7/23	714,70

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>	
				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				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

الدكتور سيدي محمد الزهيري Dr. Sidi Mohammed Ezzouhairi

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux
Lauréat de la faculté de médecine Bordeaux II
Titulaire de C.E.S. de biologie humaine
Ancien interne des hôpitaux de France



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
خريج كلية الطب بوردو II - فرنسا
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

Spécialiste des glaucomes
Chirurgie de la cataracte par phaco-émulsification
Chirurgie vitéo-rétinienne

17 juillet 2023

مركز علاج داء الزرق Centre du glaucome

OCT : Tomographie par
cohérence optique

Champ visuel automatisé

Pachymétrie

Rétinographie non Mydriatique

Compass

Angiographie numérisée

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgie des glaucomes

UBM : Echographie à haute
fréquence

Echographies A et B

Microcopie spéculaire

OUARCH Habiba

MONOPROST ODG

1 goutte une fois le soir

CATIONORM ODG

1 goutte 2 fois par jour pendant 2 mois

178,90x3

178,00

714,70

صيدلية
HARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA
Mme L'AMINA BRIGITTE
12, Bis Bd. Sidi Abdoumoummane
Beausejour - Casablanca
Tél : 0522 39 06 36

الدكتور سيدي محمد الزهيري
اختصاصي في أمراض و جراحة العيون
Dr. Sidi Mohammed EZZOUHAIRI
OPHTALMOLOGISTE
Résidence Oasis, Bd. Mohammed V

إقامة الوازيس، شارع محمد الخامس - المحمدية

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammedia. Tél.: 05 23 31 03 75 / 78

E-mail : ophthalmologies@gmail.com - Urgences : 05 23 32 90 02 / 03

Patente : 394 033 03
ICE : 001624127000040



26106502

Lot / Fab / EXP :

5390
04 2023
04 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106502

Lot / Fab / EXP :

6371
05 2023
05 2025

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106502

Lot / Fab / EXP :

4R62
07 2022
07 2024

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



PPC 178,00 DH

Multi
Emulsion
Cationorm

Cationorm

كاتيونورم
ملتي

قطرة للعين على
شكل مستحلب

لحماية و
وتخفيف الاحتكاك
لسطح العين

١٠ مل
بدون مواد حافظة



Santen

9. BE
CE
E
S