

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

- 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFIDA BEN HADJ EL GHAOUTI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2023

Nom et prénom du malade : S. El Hajji Hafida

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 : 17 OCT. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/01/2023 | CS | | 3000 HT | INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA MEDICALISATION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| ✓ | 25-08-23 | 178,92 |
| ✓ | 25/08/23 | 88,02 |
| ✓ | 25/08/23 | 157,00 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

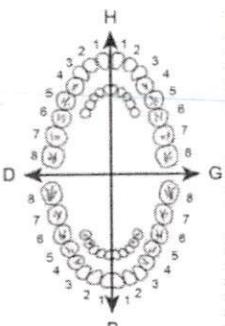
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| PHARMA POLICE | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

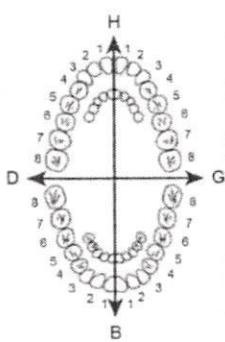
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 35533411 | 11433553 |
| B | | |
| G | | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca

Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Ex médecin attachée à Cheikh Khalifa

Chirurgie de la cataracte

Ophthalmologie pédiatrique

Chirurgie réfractive

Contactologie

Maladies rétiniennes

Angiographie numérisée

OCT - Laser - Topographie cornéenne

Agrémentée contrôle permis de conduire



دكتورة زينب الأزرق

ختصاصية طب و جراحة العيون

بريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

طيبة سابقة بمستشفى الشيخ خليفة

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكية العين

اللазر - فحص القرنية

25 aout 2023

Mme SENHAJI Hafida

178.90

1/ MONOPROST

ou

Ziofon

1 goutte le soir à 21 h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ THEALOSE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

84,00

3/ Naabok Coll
1f x 2j pour 1 mois

ED 0



محلق شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd. Moulay Youssef & Rue Nadour 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com



Théalose®

Tréhalose 3 %
Hyaluronate de sodium

0,15 %
Solution Ophthalmique
Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml

Sans
conservateur

العدد: ٦٣٠١٧ - محلية: ٦٣٠١٧ - العنوان: شارع نويس بليد - فاسا
المملكة المغربية - ١٢ - مولود سيدiki - ٢ - فاسا



Titulaire :
Laboratoires THEA - 12, rue Louis Blériot
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2
FRANCE

Date de première ouverture :
فرance الأولى تاريخ

STERILE A

مُفتوح
فتح أول تاريخ

Date de première ouverture

25°C

• Théa CE 0459

Détenteur de la décision d'homologation :
Laboratoires Théa
63017 Clermont-Ferrand Cedex 2
France

العنوان: شارع نويس بليد - فاسا
المملكة المغربية - ١٢ - مولود سيدiki - ٢ - فاسا



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
PPC : 157,00 DH

Lot / Fab / EXP :
26106502

6571
05 2023
05 2025

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

