

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

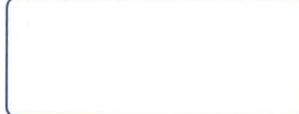
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

Λ 81876

Déclaration de Maladie : № P19-0000733

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent [e]			
Matricule : <u>DS27</u>	Société : _____		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : _____	
Nom & Prénom : <u>EL HAFIYAH EL BOUAHIDI</u>		Date de naissance : <u>01.01.1991</u>	
Adresse : <u>AV. DUES DAHAB N°32 ISMAÏLA J. CASAB</u>			
Tél. : <u>0663577332</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : _____ / _____ / _____			
Nom et prénom du malade : <u>CHAIBAUI ZOURIDA</u> Age : <u>72 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>ALD - ALC</u>			
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 : 08 NOV. 2023 Le : 26/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>Dr. M. A. LAHBABI</i> <i>Pharmacie LAHBABI</i>	26/10/23	536,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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'ODP.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des Yeux
Ex. Chef de Service Ophtalmologie
a l'Hôpital Mohamed SEKKAT

Aïn chock

Membre de la société Française
d'ophtalmologie Paris

Certificats médicaux pour permis de conduire



الدكتورة خديجة فلتى

اختصاصية في أمراض وجراحة
العيون

طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السادس السقاط عن الشق

عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس
تسليم الشهادت الطبية من أجل رخصة السياقة

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

ca :

Ordonnance

الدالبيضاء في : 21 / 12 / 2022

Mr CHABAOUI Zouhdi



1- Monoprost unidose (remarquable)
17890x4

08:00 à 22h



gel opht (1 fl).

الدكتورة خديجة فلتى
Dr. KHADIJA FILTY
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
Ophtalmologist
Dr. L'HABAB



60- الطابق الأول، مستشفى انكوش، 50 صبدليه سكيبة، بن مسنيه، جهة الدار البيضاء

Boulevard Oued ED-DAHAB, N°106, 1er étage Ben Msik - Casablanca

GSM : 06 08 93 17 90 / Tél. : 05 22 37 07 43

PPC: 135,00

E 01 24

07/2022

Pharmacie LAHBABI

DR. LAHBABI MOHAMED

0522-37-31-03

79/81 AVENUE N JAMILA 5 CITE DJEMAA , CASABLANCA



Facture N° 20231026-886

Date de vente : 26/10/2023

Médecin traitant :

CHABAoui ZOUBIDA EP EZZAHAF

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	3	178,90	TVA (7.00%)	536,70
			50 microgrammes/ml ion en récipient unidose V : 178.90 DH	
			Monoprost 50-microgrammes/ml collyre en solution en récipient unidose PPV : 178.90 DH	
			6 118001 072583 Distribué par les laboratoires SOTHEMA, BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc	
			Monoprost 50 microgrammes/ml collyre en solution en récipient unidose PPV : 178.90 DH	
			6 118001 072583 Distribué par les laboratoires SOTHEMA, BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc	
			Total HT	501,59 DHS
			TVA	35,11 DHS
			Total	536,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : cinq cent trente-six DHS et soixante-dix centimes

