

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



Déclaration de Maladie

M22- 0053636

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1091 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FATIHI HASSAN
Date de naissance : 10.03.1950
Adresse : 28 Rue El Jole Hay El Houda
BERRECHID
Tél. : 06 64 43 79 56 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 08/11/2023
Nom et prénom du malade : FATIHI HASSAN
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Glauome
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

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
08/11/23	OS + IO	300015		Dr Lamyae BOURHALES Ophtalmologiste 421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage N° 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/11/23	1321,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

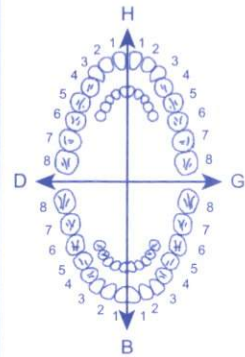
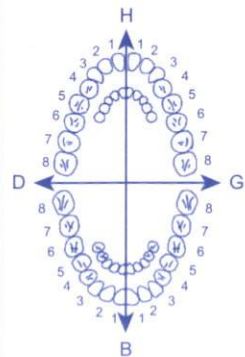
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 بوغالب

طبيبة اختصاصية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

01/11/2023

FATIHI HOSSEN

148,9042-35780

4 Imopos

2023

Mo. 4044-44490

2) Dorz

2023

1321.30

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél. 0522.86.54.29

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol® 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

6 118001 273232

Arulatan® Collyre 2,5 ml

Zenith Pharma

AMM n° 245/18DMP/21/NNP PPV: 94,30 Dhs

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH



Distribue par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc



Arulatan® Collyre 2,5 ml

Zenith Pharma

AMM n° 245/18DMP/21/NNP PPV: 94,30 Dhs

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178,90 DH



Distribue par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc