

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

- 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5357

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FILALI RAFIK Rachid

NP
193549

Date de naissance :

28-12-58

Adresse :

Rue 93 N° 22 Famille Française
CASA

Tél. : 0666733278

Total des frais engagés : 1135,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. AZHAR MUSTAPHA

OPHTALMOLOGUE

131, Boulevard Abdelmoumen

4ème Etage N° 15-CASA

Tél/Fax : 0522 27 80 61

Cachet du médecin :

30 JAN. 2024

Nom et prénom du malade : MRANI ALAOUI FATIMA ZAHRA EP FILALI

Age: 57

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 612000

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 : CASA

Le : 30/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
30 JAN 2024	6		300	DR. AZHAR MUSTAPHA OPHTHALMOLOGUE 731, Boulevard Abdelloumien Algérie El Oued N° 15, CASE 78 Tél : 0522 55 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE MALLA DR LELEGAR MALLA 519, Boulevard Modibo Bouketa Casablanca Tél : 05 22 80 75 59	30 21 <hr/> 2224	835,20

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	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11422552

زولامول®
Zolamol®

Lot: A10009
Fab: 23
Exp: 06/2009
PPV: 110 DH 70

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
25533411	11422552

Création, remplacement, adjonction

nel, Thérapeutiq

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH

Pharmacien Responsable :
Amina DAOUDI

PPV:91DH50

PPV:91DH50

MON DES

PPV:91DH50

PPV:91DH50

L'EXECUTION

زنلامول®
Xolamol®

F 0 1 0 3
6 2 3
5 2 5
0 DH 70

Lot: A 0 0 0 9
Fab: 2 3
Exp: 2 5
P.P.V : 110 DH 70

de 5 ml

Dr. Mustapha AZHARI

Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme
Contactologie



الدكتور مصطفى أزهري

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحال

العدسات اللا صلبة

Casablanca, le ... 30 janvier 2024

Mme MRANI ALAOUI EP FILALI

Fatima Zahra

110,72x4

XOLAMOL collyre



1 GOUTTE X 2 PAR JOUR (9H00 ET 021H00), dans les deux yeux, pendant 6 Mois

g150x4 ALPHAGAN 02 ./: collyre



1 goutte 2 fois/jour; 8h30 et 20 heures30, dans les deux yeux , pendant 6 Mois

26,40 STERDEX pommade



1 application le soir au coucher pendant 05 jours , dans les deux yeux



Dr. AZHARI Mustapha
OPHTHALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelloumen
4ème Etage - N° 15 - CASA
Tél. / Fax : 05 22 27 60 61

131، شارع عبد المؤمن (زاوية زهرة كلاليان) إقامة جوهرة عبد المؤمن - الكابوبون - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelloumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelloumen - 4 è Etage - N° 15 - Casablanca
Tél. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tél. : 05 22 47 30 38 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr