

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

- 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 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

N° W21-770700

194268

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0134 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : Mme DOUKALI LAÏLA

Date de naissance : / /

Adresse : / /

Tél. : / / Total des frais engagés : / / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/24

Nom et prénom du malade : / / Age: / /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : consultation ophtalmologie

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 : DASA Le : 21/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : / /

Nom de l'adhérent(e) : / /

Total des frais engagés : / /

Date de dépôt : / /

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
24/01/24	C.S.			
24/01/24	C.S.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/01/2024	358,90
	27/01/24	868,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/01/24	Rétinographies	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

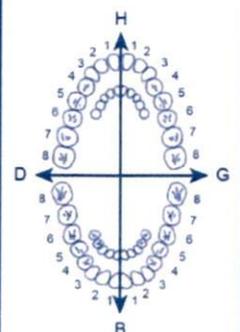
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
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

Name: **doukkali, laila**

Date of birth: **1949/01/01** Gender: **Female**

OS - Central

2024/01/27 11:14

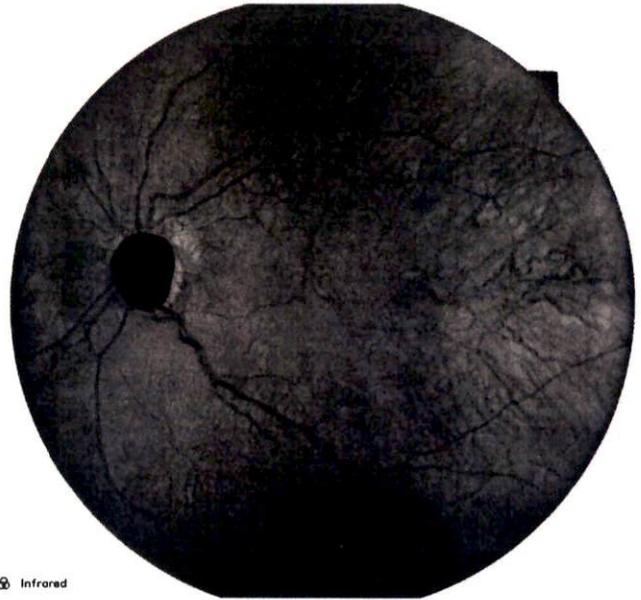
Pupil size: **3.3 mm**



OS - Central

2024/01/27 11:14

Pupil size: **3.3 mm**



OD - Central

2024/01/27 11:13

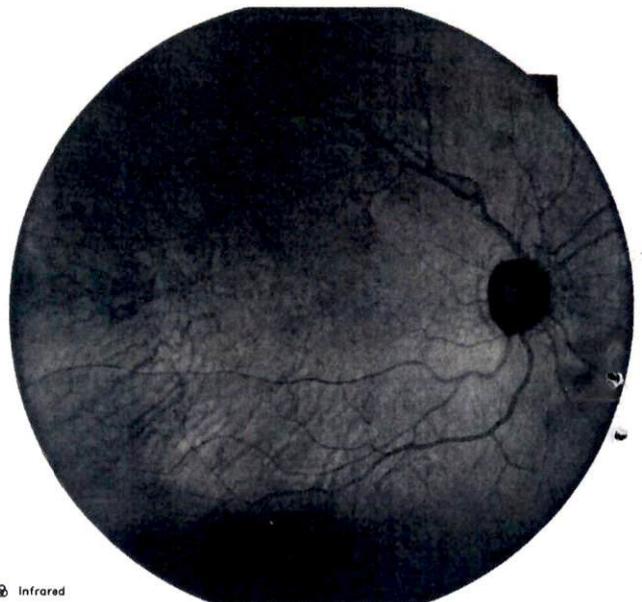
Pupil size: **3.9 mm**



OD - Central

2024/01/27 11:13

Pupil size: **3.9 mm**



X3C
Gel

زولامول®
Xolamol®

Lot:	07	23
Fab:	07	25
Exp:		

P.P.V: 110 DH 70



Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne
- Diplome de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique
Montchoisi . Lausanne . Suisse



CENTRE SUISSE D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب وجراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونشوازي - لوزان - سويسرا

24/01/2024

Mme DOUKKALI Laila

110,70
XOLAMOL 20 / 5 MG / MG COLLYRE

collyre 1 goutte 2 fois, dans les deux yeux, p

8,20
LATANO

1 goutte le soir a la meme heure, dans les deux yeux, p 1 Mois

109,00
HYE COLLYRE

3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

1,00
GELARME

1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 8 jours



PHARMACIE AL FATIH
Med. Pharmacie - Al-Fatih Group
Avenue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 37 72 16 90

Docteur JENNANE I
Ophtalmologiste
Avenue Alkarama, N° 34
Hay Alwifaq - Témara
GSM : 06 51 77 67 31 - Tél: 05 37
Code INPE : 101170579

شارع الكرامة, الرقم 3482 حي الوفاق - تمارة أمام مسجد الايمان (قرب صيدلية الورود)
Tél: 05 37 62 70 71 / 06 37 52 10 67 - Email: naoualjennane.oph@gmail.com
INPE: 101170579 CNSS: 5613212 ICE: 001992905000084

Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne
- Diplôme de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique
Montchoisi . Lausanne . Suisse



CENTRE SUISSE D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب وجراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونشوازي - لوزان - سويسرا

27/01/2024

Mme DOUKKALI Laila

MAJOUF

XOLAMOL 20 / 5 MG / MG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

AS. 90 x 3

MONOPROST COLLYRE UNIDOSE

1 goutte le soir à la même heure, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

86880

PHARMACIE AL FATIH
12, Av. Med Belhassen B Guazzani, Groupe
Al Awar Bloc 4 - Takadoum
Tél: 05 37 52 16 50

Centre Suisse d'Ophtalmologie
Docteur JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Hay Al wifaq - Témara
GSM: 06 37 52 10 67 / Tél: 05 37 62 70 71

26106502

Lot / F30 / EXP :

2115

09 2023

09 2025

x3 Ged

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH



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

Dr JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste, Chirurgienne
- Diplome de la faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat
- Ancien médecin à la clinique
Montchoisi . Lausanne . Suisse



CENTRE SUISSE D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة جنان نوال
أخصائية طب وجراحة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
طبيبة سابقة بمصحة مونشوازي - لوزان - سويسرا

27/01/2024

Mme DOUKKALI Laila

Retinographie confocale

Dr JENNANE Naoual
Ophtalmologiste
Avenue Alkarama, N° 3482
Bordj Boufreg - Témara
Tél: 05 37 62 70 71 - Tél: 05 37 62 70 71
Fax: 05 37 62 70 71

شارع الكرامة، الرقم 3482 حي الوفاق - تمارة أمام مسجد الايمان (قرب صيدلية الورود)

Tél: 05 37 62 70 71 / 06 37 52 10 67 - Email: naoualjennane.oph@gmail.com

INPE: 101170579

CNSS: 5613212

ICE: 001992905000084



27/01/2024

Mme DOUKKALI Laila

Patient	Acte	Montant	Déjà réglé	Montant régler
DOUKKALI Laila	RETINOGRAPHIE	200.00 DH	00.00 DH	200.00 DH

DR JENNANE NAOUAL
Ophtalmologiste
n° 3482
rue Alkharazmi - 16000
Bordj Bou Arridj - Algérie
Tél: 05 37 62 70 71
INPE: 101170579



27/01/2024

Mme DOUKKALI Laila

27/01/2024

PATIENT : Mme DOUKKALI Laila

Age : 75 ans

Compte rendu angiographie rétinienne

Oeil droit:

- Papille de forme et de coloration normale
- Macula de reflet et de coloration normale
- vascularisation homogène
- Tissu rétinien de coloration normale

Oeil gauche:

- Papille de forme et de coloration normale
- Macula de reflet et de coloration normale
- vascularisation homogène
- Tissu rétinien de coloration normale

د. جنان نوال - Dr JENNANE Naoual
Ophthalmologiste
Avenue Alkarama, N° 3482
Hay Alfaraj - Tamara
GSM : 06 51 77 67 31 - Tél: 05 37 62 70 71
Code INPE: 101170579