

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

- 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



✓ 96391

Déclaration de Maladie : N° S19-0050505

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 805 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
Nom & Prénom : BAHLOUL ZOUHA Date de naissance : 1946
Adresse : 25 Rue Michel Duge - Casablanca
Tél. : 0661319393 Total des frais engagés : 641,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
89, Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maarif Extension 20370 - Casablanca
Tél. 05 22 73 55 59 - Fax 05 22 73 55 40

Date de consultation : 30/01/2024
Nom et prénom du malade : BAHLOUL ZOUHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : 30/01/24

Signature de l'adhérent(e) :

Handwritten signature

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
30/01/2024	CS		300 dh	<p>Dr. Ghizal El Mouslimi SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE 39, Rue Al Foudat, n° 10, 1er Etage Maarif Extension 20370 - Casablanca Tél: 05 22 36 24 79 - Fax: 05 22 36 24 79</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE LES IRISSES LEMESEFFER Malak 64, Boulevard d'Anfa (Angle Rue Molière) Tél.: 05 22 36 24 79</p>	30/01/24	341,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

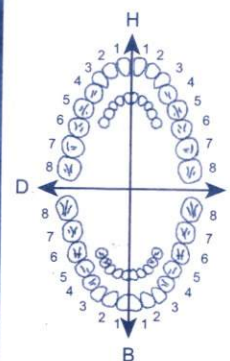
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

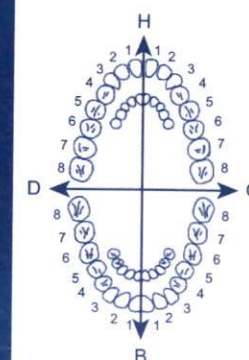
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	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

Dr. OUKACHA GHIZLANE

الدكتورة عوكشة غزلان



Ophthalmologist
Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
Ex praticienne des hôpitaux de France

إحاحة العيون

- 24/10/22

اختصاصية
خريجة كل
اختصاصي
عضو في
جراحة ال
تركيب ال
أمراض الش

STERIPHARMA
PPV: 89,30 dh

Française d'Ophtal
e et du glai
aser
de contac

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV: 35,70 DH

STERIPHARMA
PRC: 175,00 dh

سية

406836 MA

مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le

30 janvier 2024

Mme BAHLOUL Zohra

Lot 490775
Exp 08/2023
Exp 08/2026

1/ AZELASTAN COMOD COLLYRE

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

2/ TOBRADEX: COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 5 jours

3/ NEOVIS MULTI TOTAL

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

4/ Gel larmes

une application le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

PHARMACIE LES IRISSES
Dr. LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Molière)
05 22 36 24 79

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n°10, 1er Etage
Casablanca
Maarif Extension 20370

الدار البيضاء 20370 المعاريف 10 رقم 39

39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10 Maarif extension, 20370 Casablanca

droukachaghizlane@gmail.com/INPE 091167122

05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71