

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23- N° 0040259

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL KARROUMI RHITA
Date de naissance : 10/03/1985
Adresse :
Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 652,80 Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala, N°8 - Kasbah
Mohammadia - Tél : 023 32 20 89
Date de consultation : 25 MARS 2024
Nom et prénom du malade : EL KARROUMI RHITA Age: 39
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection - Oculaire
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 : CASABLANCA Le : 16/04/2024
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
25 MARS 2024	S		3000H	M. OERMANE Khalim DOUSTO N° 8 - Kassab Tél : 023 32 20 49

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OULMES CASABLANCA S.A.R.L. A.U. 2073124 352,80	2073124	352,80

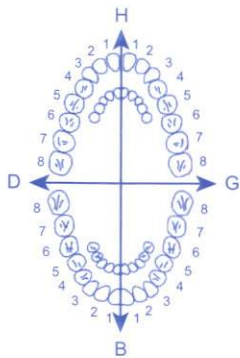
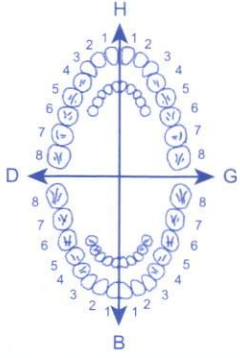
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">H</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">25533412</td> <td style="border: none; text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">D</td> <td style="border: none; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> <td style="border: none; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">35533411</td> <td style="border: none; text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez 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

The diagram illustrates the numbering system for teeth in a dental arch. The upper arch is labeled 'H' at the top and 'D' on the left. The lower arch is labeled 'B' at the bottom and 'G' on the right. Teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the center (incisors) and moving outwards. The diagram shows a full set of teeth with the numbering clearly marked on both the upper and lower arches.

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

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

	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

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le :

25/03/2024

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Mohammed VI et Yacoub
El Mansour - Casablanca

Tel: 0522 36 08 06

DEXAFREE 1 GOUTTE 1 F:JOUR PT 3 MOIS

THEALOSE COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 3 MOIS

P.P.V : 57 DH 00

CLARTEC

1 cp soir 1 mois

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 4 f/j 15 j

STERDEX

1 demi cap le soir pt 10 j

donnance ni mutuelle ne ser

الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون

بسلا

أستاذ سابق بمستشفيات فرنسا

العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

26088003

Lot / Fab / EXP :



T65
09 2023
09 2026

COOPER PHARM
PPV: 72,00 DH

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - 3pp

Distribué par COOPER PHARM - 11, rue M. F. Hamid Discout,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Anissa DAOUH

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5ml
AMM N° 524 / 18 DMP / 21 / N° 0
Boîte de 1 flacon
P.P.V : 33,40 DH

Lot :
EXP :
31X018
05 2025

TOBRADEX
COLLYRE EN SUSPENSION

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5ml
AMM N° 524 / 18 DMP / 21 / N° 0
Boîte de 1 flacon
P.P.V : 33,40 DH

Lot :
EXP :
3X0010
06 2025

TOBRADEX
COLLYRE EN SUSPENSION



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
P.P.C : 157,00 DH

LOT 625680
2023/12
2025/11

الهاتف : 089

media - Tél : .

mq3@hotmail