

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.
- 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

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



Déclaration de Maladie

W21-834771

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1633 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 203049
Nom & Prénom : KANDRI ROY Abdelmalek
Date de naissance : 01/07/1950
Adresse : ERRAMMA VILLAS DES PRES NEIRO
Tél : 0671/20113 Total des frais engagés : 1434,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/03/24
Nom et prénom du malade : KANDRI ROY Abdelmalek
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Aff. 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 : CASA Le : 05/03/2024
Signature de l'adhérent(e) : [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
01/03/24	CS	300		
24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05-03-24

1134,80

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
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

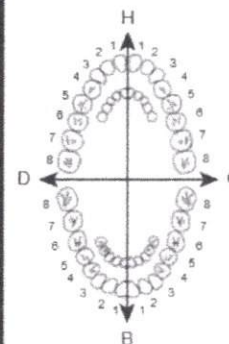
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

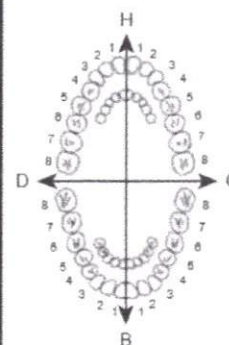
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - L



PT230823120019

Casablanca le :

05 mars 2024

KANDRI RODY ABDELMALEK

$110,70 \times 2 = 221,40$

DORZIMOL

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

$94,00 \times 2 = 188,00$

XAILIN HA: COLLYRE

1 GOUTTE 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

$178,90 \times 2 = 357,80$

MONOPROST

1 GOUTTE le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

$89,30 \times 2 = 178,60$

AZELLASTIN comod

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

$189,00$

BLEFARETTE

1 application Le Matin et le Soir

$1134,80$

PPV : 110,70 DHS

Dorzimol[®] 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



PPV : 110,70 Dhs

Dorzimol[®] 20mg/ml + 5mg/ml

Dorzolamide/Timolol
Flacon de / Bottle of 5 ml



6 118001 272273

OPHTALMED

PPC

94.00 DHS

OPHTALMED

PPC

94.00 DHS

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 0
Distribué par les laborato
BP N°1, 27182 Bousk

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Route Abdelmalek El-
Benbouazza Casablanca
Tél: 05 22 25 71 71
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél: 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax: 0522 25 11 15
INPE : 091023432

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدرا البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 01/03/24

FACTURE 137708

Reçu de M. KANDRI - B. A. D. Y. - Abdelmajid

La somme de : TROIS CENT Dirhams
300 DHS

Pour : CONSULTATION

Cachet et signature

Dr. A. BENKRANE
Ophtalmologiste
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15
INPE : 051022442

Urgence 24/24