

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0032322

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2102

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHLOU KASSI Fouad

Date de naissance : 15/07/1952

Adresse : 19, rue Lahcen El Arjoune Casa

Tél. : 0655042456

Total des frais engagés : 509,30

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/09/2024

Nom et prénom du malade : J. ZAIM Schau op l'ultra Age: 64 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : opuscle cataracte oc

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 : 30/09/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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

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
30/04/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	de 30/04/24	358,80
	de 01/05/24	151,20
		



RAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

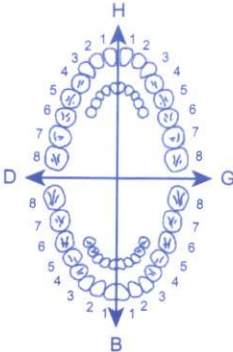
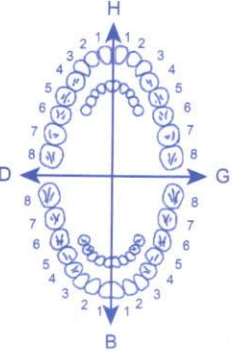
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div><div>D</div><div>25533412 00000000 00000000 35533411</div></div> <div><div>G</div><div>21433552 00000000 00000000 11433553</div></div> <div>B</div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

(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

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العين
للدار البيضاء

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



57225

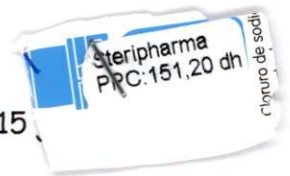
Casablanca le :

01 mai 2024

KABBAJ EP LAHLOU Selouah

51.20

ODM 5



1 goutte 3 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 15



Dr J. ZAIM
Ophthalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons, Oasis - Casa
Tél : 0522 25 71 71 - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140189

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدار البيضاء

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

Casablanca le :

30.09.24

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant

7^e HABIBAT
1^{er} Sep CAHLOU

• PHYLARM

1 Rinçage 2 fois par jour

• INDOCOLLYRE

1 goutte 4 fois par jour

• CILOXAN Collyre

1 goutte 4 fois par jour

• CILOXAN GUERAKIDEX Pommade

Application 1 fois par jour le soir

• MAXIDROL Collyre

1 goutte 4 fois par jour

• COMPRESSES OPHTALMO STERILES

• CATEX CP 250 MG

1cp 2 fois par jour

HER MEDIC
PPC
119.00 DHS

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم الصفحة K1174
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 09 - 2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 02 - 2025
AMM N°155/19/DMP/21/NRQD NM
6118001270088 PPV: 54,20 DH

Icin®
Lot: AF0360
Fab: 07 23
Exp: 07 25
PPV : 25 DH 70

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
P.P.V. 56,10 DH
Laboratoires SOTHEMA
A.M.M. N° 412/18 DMP/21/NRQ
6 118001 070855

6 118 01 070398
Laboratoire Sothema Bouskoura
Maxidrol collyre 5ml
1mg/350000UI/pour 1mL
AMM Mar. N°54/DMP/21/NCV
PPV : 28,4 DH

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 3478801

COMPRESSES

sis - Casablanca

occ.ma

002077199000057