

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.

Maladie chronique :

- 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 047126

NPD: 35762

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1659 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAHMOUD MOHAMMED
 Date de naissance : 04/01/1950
 Adresse : 317 Jct. Ain Mousa, J. Hassan
 Tél. : 0661451866 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

BENTOUSSA Khadija
 Ophtalmologue-Médecin
 Logement N°1 Fakh N°169
 BP N°1 Oujda - Casablanca

Date de consultation : 15/06/2020
 Nom et prénom du malade : Mohammed Mahjoubi 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 : / /

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
15/06/20		180	8000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/06/2020	255,10
	15/06/2020	65,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

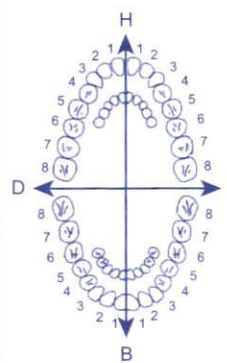
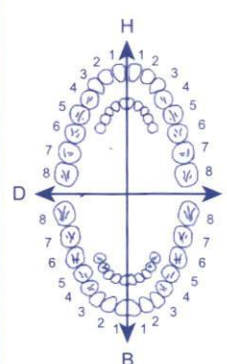
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr BENMOUSSA Khadija

chirurgie et Maladies des Yeux

-Cataracte par phacoémulsification
-Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
-Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - casablanca



Sur rendez-vous

الزيارة بالموع

casablanca le :

الدكتورة بنموسي خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء

- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة

- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب و الصيدلة

الدار البيضاء

15 juin 2020

Mr. MAHJOUBI MOUHAMME

٤٩,٤٠

1/ CHIBRO-CADRON COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

٩٠,٧٠

2/ OPATANOL COLLYRE

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

١٣٥,٠٠

3/ EOLE DUAL

1 goutte 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



6 118001 071425

AMM. Maroc
N° 116 DMP/21/NCV
Distribué par les
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC



6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol 0,1% collyre, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 1458/DMP/21/NPP
PPV : 90,70 DHS

407252

PPC: 135,00



E0119
07/2022



2٥٥,١٠

PHARMACIE AL MIZA
Morocco
Lot Al Miza - Morocco
Casablanca - Morocco
05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

Lotissement Haj Fateh, N°169 Appt N°1 (àproximité de la mosquée Haj Fatah) Oulfa - Casablanca

Tél.: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36 - E-mail: Khadija_benmoussa@yahoo.fr

PHARMACIE ALMIZA

Adresse: Lot Alkhalil Imm A3 Lissassfa

Patente: N° 36215870


Tél/Fax: 0522931929

ID.Fiscale : 50822560

ICE :000490880000029

Casa-blanca le 15/06/2020

Mr MAHJOUBI MOHAMMED

Médicaments	Qté	PU TTC	PRIX TOT
GLUCOPHAGE 850 mg	01	45.20	45.20
DOLIPRANE 500 cp	02	10.30	20.60
			
Total Général TTC			65.80