

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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.

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- 0044151

ND: 38521

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 668 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHIL BAH Abdelmajid

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : HAY SALMIA II Rue 1 N° 215 Casa

Tél : 0663523795 Total des frais engagés : 1250,00 + 60,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KARIM FATMA Age : 65 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 01/09/20

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
22/08/2020		6	26000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
100000	28/08/2020	100000
	20/09/20	60,00 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

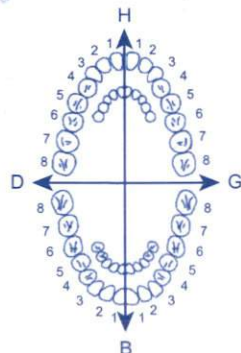
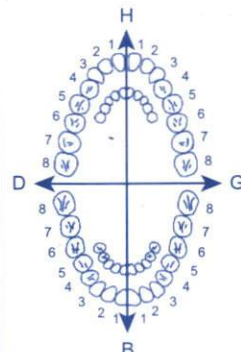
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXEC

Dr. HATIM SOUKTANI



Ophtalmologiste
DIU de chirurgie réfractive
De phacoémulsification
D'OCT et de chirurgie vitreo rétinienne
Université de Bordeaux
Formation au quinze-Vingt Paris
et à Jules Gonin Lausanne (Suisse)
Rétine médicale et contactologie
Examen d'aptitude de conduite



101169159

الدكتور حاتم السكتاني

طبيب وجراحة العيون
دبلومات الجراحة الانعكاسية
وجراحة الجلالة بالليزر
التصوير المقطعي للعين والجراحة الشبكية
جامعة بورلو
تكوين في مستشفى 20-15 باريس
وجول غونان بلوزان سويسرا
شبكية العين الطبية وعلم العدسات اللاصقة
فحص القدرة على القيادة

Bouznika le: 22-08-2020 بوزنيقة في

ORDONNANCE

Kanri Fatine

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

lunettes pour VZtr

OD +0,50 (-1,25, 90°)

OS +0,25 (-0,75, 90°)

60,00

oxyalatya

gite

OPTIQUE OUD DAHAR
Opticien - Optométriste
40, Bd Oud Dahar, Jamila 5
5, rue Djemaa - Casablanca
Tél: 05.22.29.12.03

Ad prés +2,75

Dr. HATIM SOUKTANI
OPHTALMOLOGISTE
Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1er Etage
10013 Boulevard Hassan II - Bouznika
Tél: 05 37 74 54 10

Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1er Etage Appt 3 Boulevard Hassan II Bouznika *** Tél: 05.37.72.32.48

إقامة راحة البال كلمة 8 الطابق 1 شقة 3 شارع الحسن الثاني بوزنيقة *** الهاتف : 05.37.72.32.48



OPTIQUE OUAD DAHAB

Opticien - Optométriste
409, Bd. Oued Dahab, Jamila 5
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél.: 05 22 29 12 03

Le, 28/08/2020

M, KARMI
FATNA

N° 007710



095003786

Ordonnance de M le Docteur :

N° de Nomenclature	
correspondants à la prescription	
D.F. { O D = O G =	Loin { O D = 407 O G = 407
	Près { O D = 408 O G = 408

Fournitures

2) Monture	PLASTIQUE	500.00
4) Verres	VL ORGANIQUE ANTIREFLET	300.00
	UP ORGANIQUE BLANC	200.00
Total :		1000.00

Arrêtée la présente à la somme de : EN ESPECES
MILLE DH

Timbre
OPTIQUE OUAD DAHAB
Opticien - Optométriste
409, Bd Oued Dahab, Jamila 5
Cité Djemaâ - Casablanca
Tél: 05.22.29.12.03

Dr. HATIM SOUKTANI



Ophtalmologiste
DIU de chirurgie réfractive
De phacoémulsification
D'OCT et de chirurgie vitreo rétinienne
Université de Bordeaux
Formation au quinze-Vingt Paris
et à Jules Gonin Lausanne (Suisse)
Rétine médicale et contactologie
Examen d'aptitude de conduite



101169159

الدكتور حاتم السكتاني

طب و جراحة العيون
دبلومات الجراحة الانعكاسية
و جراحة الجلابة بالليزر
التصوير المقطعي للعين و الجراحة الشبكية
جامعة بورديو
تكوين في مستشفى 20-15 بباريس
وجول غونان بلوزان سويسرا
شبكية العين الطبية و علم العدسات اللاصقة
فحص القدرة على القيادة

Bouznika le: 22-08-2020 بوزنيقة في

ORDONNANCE

Kanri Fatine

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sbata
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

lunettes pour VZtr

OD +0.50 (-1.25, 90°)

OS +0.25 (-0.75, 90°)

Ad prés +2.75

RIMA
PHARMA
P.V.C
60.00 DH

60.00

oxyalatya

gite

OPTIQUE OUD DAHAR
Opticien - Optométriste
40, Bd Oud Dahar, Jamila 5
5, rue Djemaa - Casablanca
Tél: 05 22 29 12 03

Dr. HATIM SOUKTANI
OPHTALMOLOGISTE
Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1er Etage
1001, 3 Boulevard Hassan II - Bouznika
Tél: 05 37 74 54 10

Résidence Rahat El Bal Kelma 8, 1er Etage Apt 3 Boulevard Hassan II Bouznika *** Tél: 05.37.72.32.48

إقامة راحة البال كلمة 8 الطابق 1 شقة 3 شارع الحسن الثاني بوزنيقة *** الهاتف : 05.37.72.32.48

Reçu du patient pour retrait des résultats (à partir de 16heures)



**Mr Mohamed CHERGUI
GUENNOUNI**

11-12-1954

N° Dossier : 2009030065



Adresse 40,Rue Prince Mly Abdellah ,Casablanca

Téléphone +2125 22 47 33 83 – 22 20 74 22

Prélèvements à domicile et urgences

+212 677 06 70 95

E-mail labomac1@gmail.com

Montant total : 225 DH

Payé : 225 DH

Reste : 0 DH

HORAIRES

Lundi - Vendredi 07:00 - 19:00 h

Samedi 07:00 - 13:00 h

Saisie par : SN/ 03-09-2020 09:35

Prescripteur : Dr Amina NADIR /

E-Mail : – Tel : 05.22.86.44.86 – Fax :

Reçu du patient pour retrait des résultats (à partir de 16heures)



Adresse 40,Rue Prince Mly Abdellah ,Casablanca

Téléphone +2125 22 47 33 83 – 22 20 74 22

Prélèvements à domicile et urgences

+212 677 06 70 95

E-mail labomac1@gmail.com

HORAIRES

Lundi - Vendredi 07:00 - 19:00 h

Samedi 07:00 - 13:00 h

Mme Fatima RADI

30-06-1952

N° Dossier : 2009030064

Montant total : 1200 DH

Payé : 0 DH

Reste : 1200 DH

Saisie par : SN/ 03-09-2020 09:34

Prescripteur : Dr Imane ZOUIR /

E-Mail : – Tel : 05.22.72.60.72 – Fax :

