

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0027743

NO 16715

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3351 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TALAL Abd el hakem
 Date de naissance : 11/10/60
 Adresse : Boucherouf, me 59 n° 59 Casablanca
 Tél. : Total des frais engagés : 198 + 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Talal Abd el hakem Age : 59 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 : Casa Le : 10 / 12 / 12

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
12/19	cls gstrule			
13/19	CS gstrule			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



10/12/19

198,00
PHARMACIE DERE BOUCHENTON
223, Rue 43 Dera Bouchentou
* CASABLANCA 20350 *
Tél. 05.22.21.43.24

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires



22/12/19

3.000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

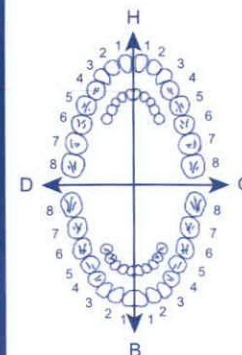
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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

H

25533412
00000000

G

00000000
35533411

B

Coefficient DES TRAVAUX

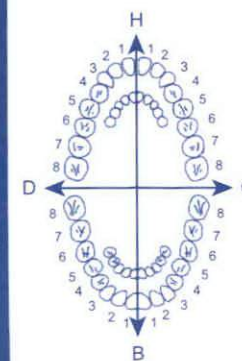
MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Royaume Du Maroc

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital 20 Août 1953

المملكة المغربية

وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى 20 غشت 1953



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

CHU

Hôpital sans tabac

Fumer tue

مستشفى بدون تدخين

التدخين يقتل

Casablanca, le: 15/12/19

ORDONNANCE

Docteur :

M. S. El Moutaz Bilal

- L'analyse pour analyse ophtalmique

VL { ODE + 3,25 (-1 à 65°
OC + 3,50 (-0,50 à 90°)

total de 3,00 S

VP

Signature

Dr. S. El Moutaz Bilal
616



IBN ROCHD ابن رشد
Casablanca الدار البيضاء

CHU

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

مستشفى 20 غشت 1953

Hôpital du 20 Août 1953

المملكة المغربية
وزارة الصحة



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le : 10/12/2019

ORDONNANCE

Docteur:

Jabot Abdelhakem

Catromin Uni-lax

gls x 4/1

198,00



صيدلية درب بوشنتوف
PHARMACIE DERB BOUCHENTOUF
223, Rue 49 Derb Bouchentout
* CASABLANCA 20550 *
Tél : 05.22.23.45.24

Dr. HAMZA JAMAL EDDINE
Ophtalmologiste
Hôpital 20 Août 1953 Casablanca

Indication / الاستطابات
Cationorm® est une émulsion ophtalmique indiquée dans le traitement des symptômes de la sécheresse oculaire.

كاتيونورم قطرة للعين على شكل مستحلب تستخدم للتخلص من أعراض جفاف العين.

Composition / التركيب

Huiles minérales, glycérol, tyloxapol, poloxamère 188, tris-hydrochlorure, trométhamine, chlorure de cétalkonium, eau pour préparations injectables.

الزيوت المعدنية، الجليسرين، تيلوكساپول، بولوكسامير ١٨٨، تريسهيدروكلورايد، تروميتامين، كلوريد السيتالكونيوم و ماء للحقن.

Cationorm®

Emulsion Ophtalmique

**Hydratation
Lubrification
Protection**
de la surface oculaire



30

unidoses de 0,4 ml

Sans conservateur



Santen

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Voie oculaire.
Ne pas avaler.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
Conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

اقرأ النشرة المرفقة بعناية قبل استعمال المستحضر.
للاستعمال في العين فقط.
إحذر بلع المستحضر.
يحفظ بعيدا عن متناول أيدي الأطفال.
يحفظ في درجة حرارة أقل من ٣٠ درجة مئوية.

Santen
1, rue Pierre Fontaine
Bât. Genavenir IV
91000 Evry
France

Fabriqué par :
EXCELVISION
07100 Annonay
France

كاتيونورم®

قطرة للعين على شكل مستحلب

لترطيب و حماية و تخفيف الاحتكاك
على سطح العين



جرعة معقمة ٠,٤٠ مل

بدون مواد حافظة



Santen

Importateur :
MP MAGHREB
9, avenue MOHAMED BELHASSAN EL OUAZZANI
CENTRE COMMERCIAL DAR ESSALAM (1er étage)
SOUISSI-RABAT

Lot :

PPC 198,00 DH

Fab :

Exp :



Bd. Moudibokeïta, Bloc «j» N° 83
Casa - GSM : 0661 97 79 82
Patente : 36616616

شارع موديبوكيتا بلوك "ج" رقم 83
الدار البيضاء - المحمول : 06 61 97 79 82
الباتانت : 36616616
IF : 40178251
RC : 377480
ICE : 0008056000089

FACTURE N° 0022894

Casablanca, le : 22/12/2019

M: JALAL ABDELHAKIM

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture:	optique	1500,00
Verres:	optique Blane + optique	1500,00
VL:	Blane AR 455	
OD:	+3.25 (-1.00 a 65°)	
OG:	+3.50 (-0.50 a 90°)	
VP:		
OD:	022 +3.00	
OG:	022 +3.00	
Total :		3000,00
Arrêtée la Présente Facture à la Somme de:		
Trois Mille DH		

OPTIQUE EL FATH
36616616
83