

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043976

NO = 19304
Optique

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M33 Société : RIAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOUNIR LAHABIB
Date de naissance : 1/1/46
Adresse : 6, RUE KHAID EL ACHTAR HT 4 MAARIF CASAB
Tél. : 862531215 Total des frais engagés : 1235,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat - 10, 1er étage
Maarif Extension 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Date de consultation : 02/01/2020
Nom et prénom du malade : M. LAHABIB MOUNIR Age : 74
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Anémie
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 : 02/01/2020
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible][illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KERAM DAIR Imane CHEKH Docteur en pharmacie Route Qualidia Safi Tél: 06 29 51 64 39	05/01/2020	983,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KERAM DAIR Imane CHEKH Docteur en pharmacie Route Qualidia Safi Tél: 06 29 51 64 39	05/01/2020	983,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KERAM DAIR Imane CHEKH Docteur en pharmacie Route Qualidia Safi Tél: 06 29 51 64 39	05/01/2020	983,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KERAM DAIR Imane CHEKH Docteur en pharmacie Route Qualidia Safi Tél: 06 29 51 64 39	05/01/2020	983,00

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KERAM DAIR Imane CHEKH Docteur en pharmacie Route Qualidia Safi Tél: 06 29 51 64 39	05/01/2020	983,00

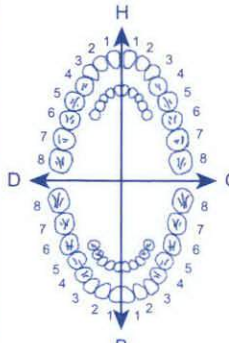
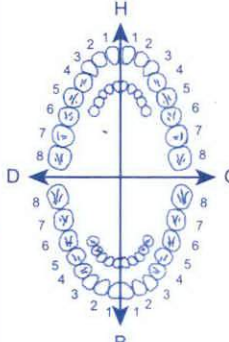
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

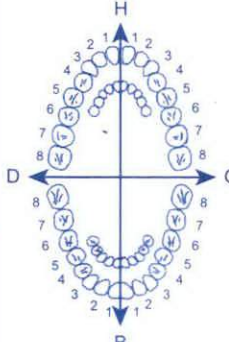
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

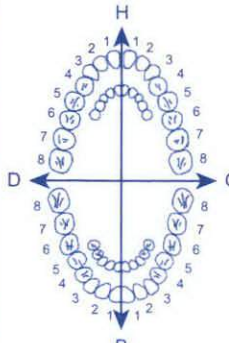
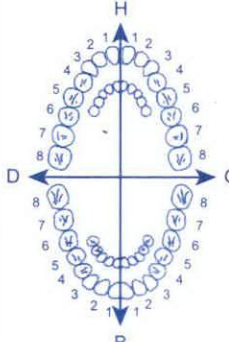
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

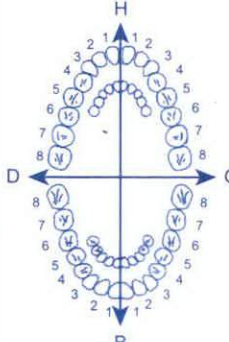
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

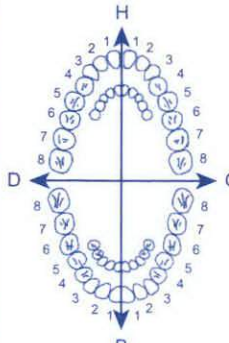
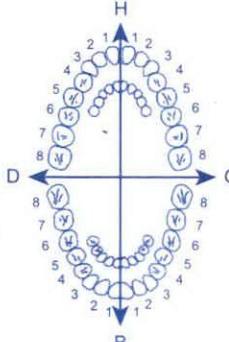
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

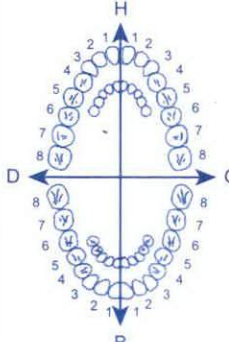
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

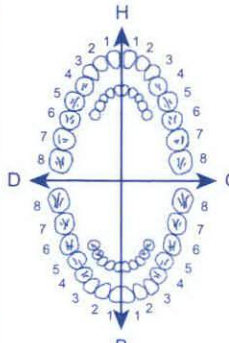
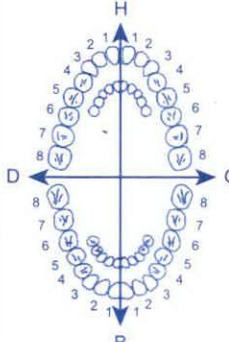
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

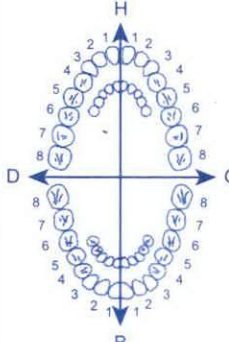
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

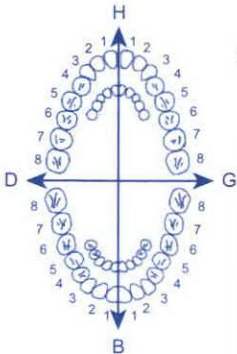
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

[illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

[illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
			MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H		Coefficient des Travaux
	D	G	
	B		Montants des Soins
	[Création, remont, adjonction]		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			Date du devis
			Date de l'exécution

[illegible]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		DATE DU DEVIS			
		DATE DE L'EXECUTION			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
		DATE DU DEVIS			
		DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour conduire

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

- اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة - جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

asablanca, le

02/01/2020

M. LAUBIB MAOUIA

Dans
157,00 x 6

41,00 x 2

20 gouttes
1st le soir
Gel la-mye le soir au
couchage
(8 60 6min)

83,00

Pharmacie KERAM DAIF
Imane CHEKEL
Docteur en Pharmacie
Route Ouadidia Saï
Tél: 06 20 51 64 39

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39, Rue Al Fourat, n° 10, 1er étage
Maarif Extension 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

39. زنقة الفرات - الطابق الأول. رقم 10 - المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1er étage, N°10, Maarif extension, 20370 - Casablanca

05 22 23 55 59/49 05 22 23 55 49

droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

6 118001 100958

CEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PEV : 41.00 DH

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Flacon

de 2.5 ml

LATANOPROST

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Flacon

de 2.5 ml

LATANOPROST

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00

Flacon

de 2.5 ml

0.005 %

LATANOPROST

Distribué sous licence
- LAPROPHAN S.A. -
21, rue des Oudaya
Casablanca - Maroc
PPV : 157DH00