

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043942

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSI KAÏTOUNI

Date de naissance :

Adresse : 52, RUE TERMIDI MAARIF

Tél : 06 64 00 30 12 Total des frais engagés : 365,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 61 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : 12 / 02 / 2020

Nom et prénom du malade : DRISSI KAÏTOUNI Zoubir Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Atteinte de la vue

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
12/02/2022	G		Gf	 DR. Chahbi Mohamed Ophthalmologiste, Calmar 24 86 46 15 / 19 20 24 86 46 15 / 03 22 50 15 15 24 86 46 21

12/07/2020	G		Gf	Chirurgie Monar Dentalmontiste ward panormique cano 22 86 46 19 19 20 22 86 46 19 19 20 22 86 46 21
------------	---	--	----	--

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/09/20	26.40
	12/2/20	339,2

PHARMACIE ALABRA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cacher et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Doc: 0322
Rues: 0920
Quartier: 0920
Tél: 0920
NPE: 0920

[illegible]

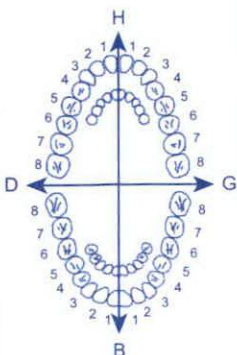
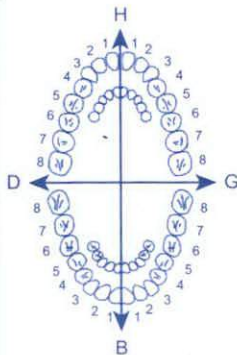
10

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

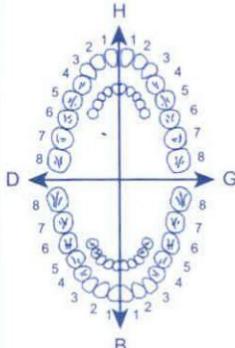
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O

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															
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	(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 L'EXECUTION

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											
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<input type="text"/>	
		H													
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
		00000000 35533411	00000000 11433553												
B															
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>		<p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>		<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/>													
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															
<input type="text"/>															

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The arch is supported by two main piers on either side, labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is divided into sections by smaller piers, numbered 1 through 8 on both sides. The arch is shown in a perspective view, with the top of the arch at the top and the bottom at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HER MEDIC
PPC
83.00 DHS

ORDONNANCE

NON : DRISSI KATOONI

Casablanca le

12/02/2020

PRENOM : ZOUROUDA

L'œil opéré a partir de ce jour

29.40
1°) CHIBROCADRON (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

143.80
2°) SPECTRUM 500 MG (comprimés)

1 cp x2/j pdt 05 jours

83.00
3°) PHYLARM

Pour nettoyage de la paupière matin & soir

L'œil opéré après 07 jours

77.10
1°) DEXAFREE (collyre)

1 goutte x3/j pdt 07 jours

1 goutte x2/j pdt 07 jours

1 goutte x1/j pdt 07 jours



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB ; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES
GLAUCOMATEUX

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca, maroc
Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21

Chibbro-Cadron 5 ml

Lot / Fab / EXP

1L66
06 2019
06 2022

149.50



ORDONNANCE

Casablanca le 12/02/2022

M. DRISBI KAITOUNI ZOURDA

26.110

1° CORRECTOL (collyre) Dr Taher



DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca. maroc
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21
CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, boulevard panoramique, californie,
casablanca. maroc
Tel.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21