

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.

Biologie 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- 0046820

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA Azokeliz

Date de naissance : 01.07.48

Adresse : 160 Blvd ANFA CASABLANCA

Tél. : 0669583936 Total des frais engagés : 1398,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/2021

Nom et prénom du malade : bayoua Bachir Age: 73

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

Nature de la maladie : affil

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 : 13/07/2021

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
24/12/20			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	21/12/2020	1098 F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

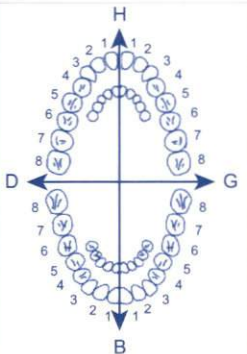
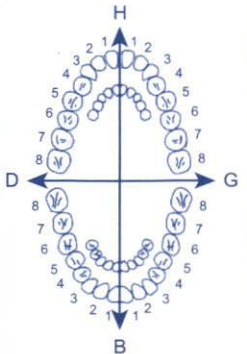
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للداء البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT1720082822

Casablanca le :

02 décembre 2020

Mr. BENYAHIA Abdelaziz

178.9043
60.00
MONOPROST

1 goutte Le Soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

40.00
CILOXAN (Pommade) (Ciprofloxacin) 0,3%

1 application Le Soir, dans l'œil droit, pendant 10 jours

40.00
GEL-LARMES

1 instillation Le Soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

125.00
AZOPT

85.00
1 goutte Le Matin et le Soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

FLOXAM 500 MG

1 comprimé 2 fois par jour, pendant 5 jours

dans les deux yeux

CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTHALMIQUE
tube de 3,5 g Remboursable AMO
Laboratoires Sothema
A.M.M. N° 86/DMP/21/NNP
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

6 118001 070114
Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV: 125,00 DHS
AMM N° 261/18DMP/21/NRS
446373 MA



1098.50
PHARMACIE LES IRISSES
Dr. LEMSEFFER Malak
164, Boulevard d'Anfa
(Angle Rue Motière)
Tél.: 05 22 36 24 79

Urgence 24/24



Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - C

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.na

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

26106500

Lot / Fab / EXP :

6L14

10 2019

09 2021

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,

BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106500

Lot / Fab / EXP :

6L14

10 2019

09 2021

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,

BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106500

Lot / Fab / EXP :

6L14

10 2019

09 2021

Monoprost 50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,

BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le :24.11.20.....

BON DE REGLEMENT

Reçu de

M.BENJAHIA ABDELH22.....

La somme de : Trois cent Dhs
300.00Dhs

Pour : Consultation.

Docteur
J. ZAIM
Ophtalmologiste

Cachet et signature

Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15

Urgence 24/24