

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.

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
Tél : 05 22 22 45 45 (L.G.) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° M20- 0004249

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1483 Société : RA17 (58 844)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DRISS ABDELTOUNNI
Date de naissance : 29/04/1945
Adresse : RUE IBN HAZEN - RES. RAOUD ALI 2 HAR
107 B2 ET 3 - 231 CASA. NAAR IF
Tél. : 0665 165 166 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. RACHID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Sahi et Rue Mansari
Quartier Palmiers - Casablanca
Date de consultation : 02/02/2021
Nom et prénom du malade : Age :
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 : Le : 08/02/2021
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
18/11/21	CA		C	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiou Hassani Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél.: 05 22 36 05 07

18/11/21
2021
22/11/21

219,90
219,90

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

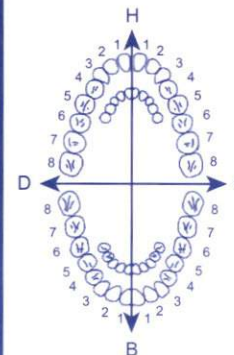
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

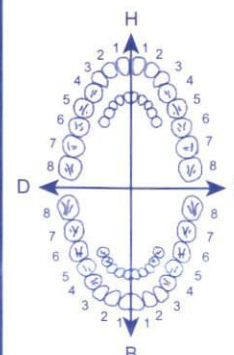
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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'EXECUT

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Ophthalmologie
Docteur Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitreo - rétinienne



مصلحة المدينة
مركز أمراض وجراحة العيون
الدكتور رشيد زفاض
إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE 02 février 2021

Mr. ABDELMOUMNI DRISS

1/ CHIBRO CADRON

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiou hassani fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
Casablanca - Tél: 05 22 36 05 07

1 goutte 3 fois par jour pendant 20 jours
1 goutte 2 fois par jour pendant 20 jours
1 goutte le soir pendant 20 jours

2/ SICCAFLUID

1 goutte 3 fois par jour pendant 3 mois

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC
6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC
6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC
6 118001 071425

CHIBRO-CADRON
Collyre-Flacon 5 ml
PPV 28.60 DH
A.M.M. Maroc N°116 DMP / 21/NCV
Distribué par les laboratoires SOTHEMA
B.P.N° 1, 27182 Bouskoura-MAROC
6 118001 071425

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV: 38,50 DH
6 118001 101023
14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV: 38,50 DH
6 118001 101023
14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g
Gel ophtalmique 10 g - PPV: 38,50 DH
6 118001 101023
14.2218

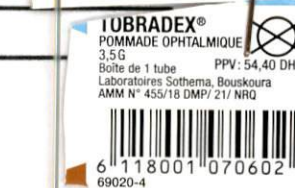
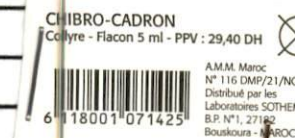
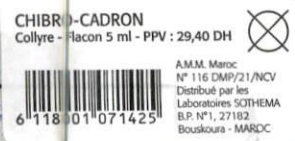
ORDONNANCE

Pharmacie du Complexe Sportif
Dr. Kadiri hassani fatima
B.P. 455/18 DMP/21 NRQ
Bouskoura - MARDC

CASABLANCA, LE : 18/04/2011

Traitement post opératoire de la chirurgie vitréo-Rétin

NOM DU PATIENT : ABDEL MOUMINI DRISSE



Chibro -Cadran :	1 goutte 5 fois/jour, pendant 1 semaine
Collyre :	puis 1 goutte 3 fois/jour, pendant 5 semaines :

ICIN	1 goutte 4 fois /jour, pendant 5 jours
------	--

TOBRADEX pommade	1 application /jour ,pendant 5 jours
------------------	--------------------------------------

SPECTRUM 250 mg	1 cpx2/jour,pendant 5 jours
-----------------	-----------------------------

Rondelles oculaires

NB/Se présenter le lendemain matin après l'opération pour contrôle

Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical