

COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ns générales :

adre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
 Cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
 Validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
 Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,
 tractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi
 e pour tous les actes effectués en série.
 cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de
 ns.

acie :

s vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
 our les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie et Biologie :

a facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être
 intes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
 n pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de
 a mutuelle.

ue :

l'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

taire :

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.

adie 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
 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- 0048180

22060

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Rue Amal N°34 Hay Farah III FES

Tél. 0662563042 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. OULEHRI Hassan
 Spécialiste en Ophtalmologie
 1, Rue Abdelkarim benjelloun
 Espace MARINA - FES

Date de consultation : 30 / 01 / 2021

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI ABDELLATIF Age :

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

Nature de la maladie : Glaucome ODC

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 : FES

Le : 26 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048180

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute
 réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1	1	250 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Date	Montant de la Facture
13/04/21	1360,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	AM PC IM IV	

VOLET ADHERENT

081840

est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

STERILE A

Date de première ouverture

35°C

VR2762C (OMAR/0919)

3 662042 003295

Distribué au Maroc par : Laboratoire SCOTHEMA B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc N° Homologation Maroc : 1573/2016/DMP/20/DM PPC : 147,00 DH

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hassan OULEHRI
Spécialiste en ophtalmologie



الدكتور حسن أولهري
أخصائي طب و جراحة العيون

Lauréat de la faculté de médecine de Fès
Diplômé en adaptation des lentilles de contact de Paris
Diplômé en imagerie et pathologies rétinienne de Créteil
Diplômé en maladies de la surface oculaire de Tours

خريج كلية الطب و الصيدلة بفاس
دبلوم في العدسات اللاصقة بباريس - فرنسا
دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين بكرتاي - فرنسا
دبلوم في الأمراض السطحية للعين بتور - فرنسا

INP:



141220228

ORDONNANCE

30 avril 2021

Mr. IBRAHIMI Abdellatif

11970x6
1/ XOLAMOL: COLLYRE

1150x6
1 goutte 2 fois par jour 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

1150x6
2/ IBRIMO

1150x6
1 goutte *2/jours, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

1150x6
3/ THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

1360,20
PHARMACIE FARAH
Dr. YAHYA OUI RACHIDA
13 AV IBN ATIR FARAH 2
LOT EL ARSA - FES
TEL : 05 35 60 05 14
INPE : 142028265

Dr. OULEHRI Hassan
Spécialiste en Ophtalmologie
1, Rue Abdelkrim Benjelloun
Espace MARINA - FES
INPE 141220228

زولامول®
Xolamol®

Lot: A D 0 0 2 1
Fab: 0 4 2 0
Exp: 0 4 2 2

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: 2 6 0 1 8 6
Fab: 0 7 2 0
Exp: 0 7 2 2

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: B 0 2 4 1
Fab: 0 2 2 0
Exp: 0 2 2 2

P.P.V : 110 DH 70

PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



زولامول®
Xolamol®

Lot: 2 6 0 1 8 6
Fab: 0 7 2 0
Exp: 0 7 2 2

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: 2 6 0 1 8 6
Fab: 0 7 2 0
Exp: 0 7 2 2

P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: B 0 2 4 1
Fab: 0 4 2 0
Exp: 0 4 2 2

P.P.V : 110 DH 70

PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50

