

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.

Educateur :

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.

Maladie chronique :

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



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8091 Société : RAY (72395)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEROUAL ABDELLATIF
Date de naissance : 03/01/1961
Adresse : Bloc H n°2 DENOUH
Tél. : 0666504289 Total des frais engagés : 370,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: Dr. ELBAKRAI, Médecin Spécialiste, Laboratoire de Diagnostic, Casablanca - Tél. 05 22 20 45 45]
Date de consultation : 27 Avril 2021
Nom et prénom du malade : ZEROUAL MAELMA Age : 55
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : DENOUH

Le : 27/04/2021

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
7 Avril 2021	K-S		200.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/2021	179,40

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> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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'EXE

Dr. RACHA ELBAKKAL

Ophthalmogiste

Diplomée des Facultés de
Medecine - Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diabète - Glaucome - Lazer -
Lentilles de Contact



الدكتورة رشا البقال

طب و جراحة العيون

حاصلة على شهادة بكلية الطب
الدار البيضاء

جراحة المياه البيضاء [الجلالة]

القرنية المخروطية

تصحيح البصر بالليزر

زراعة العدسات

امراض الشبكية

ORDONNANCE

27 avril 2021

Mme ZEROUAL Halima

TOBRADEX: COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour 10 jres
puis 1 gtte 5 fois par jour 7 jres
puis 1 gtte 4 fois par jour 7 jres
puis 1 gtte 3 fois par jour 7 jres
puis 1 gtte 2 fois par jour 7 jres
puis 1 gtte par jour 7 jres
puis arret, dans l'œil droit

HYE

1gtte 5 fois /jour, dans les deux yeux



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Boite de 1 flacon.

PPV : 35,70 DHS

406834 MA

406834 MA

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

Boite de 1 flacon.

AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO

Tobradex® collyre en suspension, 5 ml

Laboratoires Sothema Bouskoura

6 118001 070596

PPC 99,00 dh

99,00

Lotissement Nabila, Makhoulouf N° 334, étg N°2 – رقم 334، الطابق الثاني

+212 0522 03 11 11 / Email: rachaelbakkal@gmail.com

LOT 0611020
2022 10