

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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 caractére 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

N° M21- 0055578 16438

Medicamat

actif
par l'adhérent

M.D

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1409

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MHAMDI MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : 5, Rue Kadi TASS App. N°6

MARRAKESH Casablanca

Tél. : 06 70 66 28 62 Total des frais engagés : 55.91 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/06/

Nom et prénom du malade : M.HAMDI Mustapha

Age : 70

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 30/06/2021

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE 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
25.10.2021	kg		30.00 dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CLINIQUE D'OEIL 30 RUE ASSAD IBNOU ZAR (EX BAKKON) D'ALSACE- TEL: 05 22 51 76 54	25/06/2021	4600.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
25/01/2021 PHARMACIE DE L'ATLAS Dr. NABIL Docteur en Pharmacie de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél. 0525 22 08 42 73	25/01/2021	PHARMACIE DE L'ATLAS Dr. NABIL Docteur en Pharmacie de l'Atlas - Maârif Casablanca Tél. 0525 22 08 42 73	58160 69180

AUXILIAIRES MEDICAUX

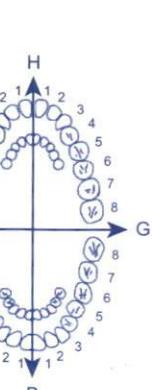
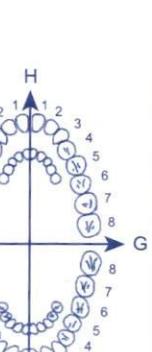
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bidah Soumia
OPTICIENNE

FACTURE

N° 004634

Clin d'oeil

30, Rue Assaâd Ibnou Zarara

(Ex Ballon d'Alsace - Maârif)

Casablanca

Tél.: 022 25 17 65

Fax: 022 25 17 65

Mr: Mhamdi moustapha Casablanca le: 25/06/2021

Sur Ordonnance du Dr. : naiss

QUANTITE	DESCRIPTION	TOTAL
1	Monture Monture	800 DH
	Verre Torique Sphérique 1 anti - reflets	
	Orga - Minéral progressif	3800 DH
	N° Nom	
	Monture	
	Verre Torique Sphérique	
	Orga - Minéral	
	N° Nom	

LASER CLIN D'OEIL
30 RUE ASSAAD IBNOU ZARARA
(EX BALLON D'ALSACE - MAARIF)
022 25 17 65 - CASABLANCA

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

TOTAL H.T 4600 DH

T.V. A. 20%

TOTAL T.T.C

Quatre Mille six cent dh
ICÉ: 002264846000092



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

25 juin 2021

الدكتور الرئيس عبد الرحيم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Mr. MHAMDI Mustapha

107,60 x 3

XALACOM COLLYRE (Latanoprost-Timolol) fl

1 GOUTTE 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

54,10 x 3

LARMABAK COLLYRE (NACL 0,9%) FL

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

38,80 x 3

ACULAR 0,5% COLLYRE (Kétorolac)

1 GOUTTE matin et soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

90,00

OPHTASALINE

1 lavage 2 x par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

PHARMACIE DE LA MOSQUEE

Dr NABIL

Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tel: 05 22 98 42 73

69 180



PHARMACIE DE LA MOSQUEE
Dr. NABIL
Docteur en Pharmacie
76, Rue de l'Atlas - Maârif Casablanca
Tel: 05 22 98 42 73



Centre d'Ophtalmologie de Etam - Maârif - 20100 Casablanca - Tel. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84
Professionnelle N° : 35713467 - CNSS N° : 6437364 - ICE : 001602596000056
s@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte
par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

25 juin 2021

الدكتور الرئيس عبد الرحيم

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Mr. MHAMDI Mustapha

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 1.50 (- 0.75 à 70°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 75°)

VP : ODG = Add : + 2.75

LASER CLINIQUE D'OEIL
30 RUE ASSAOUD IBNOU ZARARA
(EX BALLON D'ALSACE)-MAARIF
TEL: 0522251765-CASABLANCA





valable 3 mois

Le 25/06/2022

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au **médecin conseil** de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : *MAAMAI MUL STAMF*

Présente *Eloucine Jirouye*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

au long cours.

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)