

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 Casablanca 20000. Tél : 05 22 22 45 45 / 05 22 22 38 18. www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000786

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1223 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DERKAOU ABDERRAHMAN
Date de naissance : 31/2/1949
Adresse : Rue ABOU ISHAH ELMAROUFI n°3
N°52 Mohammadia CASABLANCA
Tél. : 068205072 Total des frais engagés : 394,10 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Boukkala, N°8 - Kasbah
Mohammadia - Tel : 023 32 20 89

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : DERKAOU ABDERRAHMAN 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 : CASA

Le : 1 / 9 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
1 AOUT 2021			25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA COLONNE 3, Rue Ibn el-Nafis - Maarif CASABLANCA Tél: 0522 25 71 07 F: 40477366 - T.P: 3577461	31/08/21	144,12

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

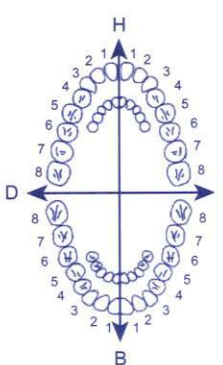
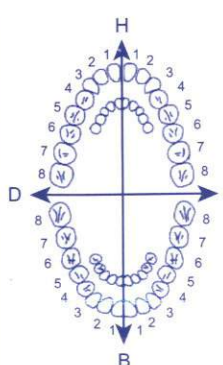
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	(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

Docteur M. QERMANE

OPHTALMOLOGISTE

Diplômé De C.E.S. D'ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplômé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hopitaux De France

ANGIOGRAPHIE LASER

Sur Rendez-vous

31/08/2021

Mohammedia , Le: المحمدية في

DERKAOUI ABDELKRIM



الدكتور قرمان مصطفى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب ببليل

حائز على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني للأمراض العيون

بسلا

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص و العلاج بأشعة الليزر

بالموعد

144,20



PHARMACIE LA COLOMBE
33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif
CASABLANCA
Tél: 0522 25 71 07
I.F: 40477366 - T.P: 35774611

VISMED COLLYRE 1 GOUTTE 3 F:J 2 MOIS

A

Dr. M. QERMANE
Ophtalmologiste
Rue Doukkala N°8 - Kasbah
Mohammedia - Tél : 023 32 20 89

[Handwritten signature]

زققة دكالة رقم : 7- القصة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 : الفاكس : 05 23 32 20 89
Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél .: 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

PHARMACIE LA COLOMBE

33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif

CASABLANCA

Tél: 0522 25 71 07

I.F: 40477366 - T.P: 35774611

Le 32/08/21

Facture N° 47

M. DERRAOUL

Abdelkader

Quantité	désignation	Prix	Montant
1	Vismed collyre	144,10	
Z			
Arrêté la présente facture sous la somme de cent quarante quatre €14,10 cts			
PHARMACIE LA COLOMBE 33, Rue Ibnou Nafiss - Maârif CASABLANCA Tél: 0522 25 71 07 I.F: 40477366 - T.P: 35774611			

1 x  10 ml

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18 %
Stérile, sans agent conservateur
Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10



1 x  10 ml

Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18 %
Sterile, free from preservatives
Compatible with rigid or soft contact lenses

VISMED[®] MULTI