

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.

Education :

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.

Prothésaire :

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

Préclamation : 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.

Siège social : 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° M21- 068025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02472 Société : 097912

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GUEODAR

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Vimy et Dumont Rest Ksour Am APP28
5ème Belvédère - Casab

Tél. : 0664901841 Total des frais engagés : 1512,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affect. Dr. Lahcen ZAFAD

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 : Casab

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 07/10/2021

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
07/10/2021	CS		300 DH	Dr. Lahcen Ophtalmologiste Rue Med Bahl et Rue Mansour 7 Palmiers Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML



6 118001 160082

CC
COI
FLA
LOT U012761 2
EXP 02 2023
PPV 126.10 DH
6 118001 160082

COSO
COLLYRE
FLACON

LOT T020107 2
EXP 02 2022
PPV 164.20 DH

CLINIQUE AL M

Centre d' Ophtalm

Docteur Lahcen Z

Ophthalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales

دكتور لحسن زفاص
الدكتور لحسن زفاص

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الجراحة التجميلية للجفن و المسالك الدمعية
07 octobre 2021

ORDONNANCE

Mme DOUKKALI Oum - Kelt

OPHTALMED

PPC

83.00 DHS

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

1/ XAILIN NIGHT

1 application au coucher, pendant 3 Mois

2/ VISMED GEL MULTI

1 goutte x3/j , pendant 3 Mois

3/ COSOPT: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois

4/ TRAVATAN COLLYRE

1 goutte par jour, le soir à 21h, pendant 3 Mois

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution ,2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 148.70 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution ,2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 148.70 DH

OPHTALMED
PPC
83.00 DHS

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir Ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cède)

Tél : 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05.22.25.00.00

E-mail : cliniquealmadina@oeil.ma - I.F n°:1007171 - Paten