

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ue :

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

cation :

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.

aire :

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.

die 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 Étage 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

Nº M21- 080433

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 55721 Société : *MA643*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ACHMADI ABDEL HAD

Date de naissance : 01 - 06 - 1958

Adresse : habilielle

Tél. : 06 99 77 89 11 Total des frais engagés : 9 55,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° TA-A215 / 2019

Cachet du médecin :

Dr. Lahcen ZAFAD
OPHTHALMOLOGISTE
532 Bd Panorama Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 10 (LG)
Fax : 05 22 25 00 00

Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : ACHMADI ABDEL HAD Age :

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

Le : 23/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Lahcen ZAFAD
532 Bd Panorama Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 10 (LG)
Fax : 05 22 25 00 00

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23/02/22, | CS. | | 300 D.H | |
| | | | | Dr. Lancrenon 3 Bd OPHTALMOLOGIQUE 05 22 77 46 69 Fax : 05 22 25 00 01 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOURA du Dr Fouad SEUDI D. ABDOU FATHIA ASSE L.H.M. IBROU LE WANANE T. 05 22 60 30 63 | 23/02/22 | 220,70 |
| PHARMACIE SMADA | 23/2/22 | 434,70 |

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 11133553 |

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a dental arch (maxilla) showing tooth positions numbered 1 through 8 in each quadrant. The teeth are represented by circles with numbers. Labels include:

- H**: Located at the top center.
- D**: Located on the left side.
- B**: Located at the bottom center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



PHARMACIE SMARIA
BENNAKIR KENZA
43 Bd ALI YATA HAY MOHAMMA
Tel. 05 22 61 83 24 CASABLANCA

37.20

PHARMACIE SMARIA
BENNAKIR KENZA
43 Bd ALI YATA HAY MOHAMMA
Tel. 05 22 61 83 24 CASABLANCA

Mr. ACHMAOUI AMINE

23 février 2022

ZENITH Pharma
PPC : 145,00 DH

1/ SERUM PHYSIOLOGIQUE EN UNIDOSES
un lavage oculaire à la demande dans les deux yeux

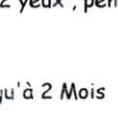
1 boite



145,-

2/ AQUALARM UD

1 goutte 4 fois par jour ou à la demande dans les 2 yeux , pendant 1 Mois



3/ ZALERG

1 goutte 2 fois par jour , dans les deux yeux, jusqu'à 2 Mois
1 boite



75,72
220,-

4/ DEXAFREE COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour pendant 2 jours
puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 3 jours
puis 1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours
puis 1 goutte 1 fois par jour pendant 3 jours puis arrêt
dans les deux yeux



PHARMACIE CHOURA
Dr. ABDOU FATHA
ASSIL H.M IBNOU LE WANANE
Tél. 05 22 60 30 63

5/ LABIXTEN

1 comprimé par jour , pendant 1 Mois



Dr. Lahcen ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

PPC : 145,00 DH

ZENITH Pharma
PPC : 38,20 DH

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPU : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LOT : 14521011
PER : 06/2026
PPU : 99,70 DH

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPU : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0,4 ml - PPU : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI