

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.

Radiologie 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048056

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6802 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUTAK Abdallah

Date de naissance :

Adresse : JAMILA 5 Rue MB N° 32 - C-9 - CASA

Tél. : 0664 583462 Total des frais engagés : 533,15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél. : 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
NPE: 091119354
ICE: 001700021000027

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/05/2022

Nom et prénom du malade : FADINE BACHIR Age: 1949

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 : CASA Le : 30/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
25/05/22	G.M			
31 MAI 2022	G.R.T			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Abderrafii HIFDI Docteur en Pharmacie	25/05/2022	532,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

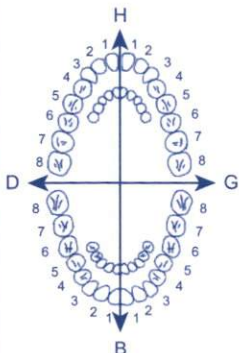
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					

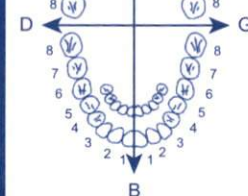
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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

عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسية I

Docteur Razik Abdallah

Spécialiste Maladies et
Chirurgie des Yeux

Ex. Médecin des F.A.R.
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août

Chirurgie Cataracte - Implant -

Glaucome - Strabisme - Laser -

Angiographie - Traumatisme

LASIK



الدكتور عبد الله رازق

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

جراحة الجلالة - العدسة - طنسيون -

الحول - مسالك الدموع - فحص وراديو الشبكة -

علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر

تصحيح قصر البصر

فحص لرخصة السياقة

25 MAI 2022

Casablanca, le: في الدار البيضاء،

NOM ET PRENOM: FHOUME BAHRIA

المرجو شراء الدواء بأكمله وأستعماله

-ARES COMPRIMIE 500 mg

1 CP 3 fois par jour commencer un jour avant l'intervention pdt 5 jrs

-ICOMB Collyre

1 goutte 4 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 3 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 2 fois par jour pdt 10 jrs

1 goutte 1 fois par jour pdt 10 jrs

-CHIBROXINE COLLYRE 0.3%

1 goutte 4 fois commencer un jour avant
l'intervention pendant 20 jrs

- HYFRESH COLLYRE 1 goutte 4 fois par jour sans arrêt

- STERDEX POMMADE 1 application le soir pendant 20 jrs

-MYDRIATICUM COLLYRE 1 goutte le soir pdt 20JRS

- COMPRESS OCULAIRE 6.5 cm x 9.5 cm

- COMPRESS STERILES 20 cm x 20 cm

- S-CORT CP 20 mg 3 COMPRIMES PDT 3 JRS MATIN

2 COMPRIMES PDT 3 JRS MATIN

1 COMPRIMES PDT 3JRS MATIN

(AVIS MEDECIN TRAITANT)

CARDIOLOGUE/ GENERALISTE /ENDOCRINO

- DIPROSTEN INJECTION APPORTER AU CABINET

-CEBESINE COLLYRE APPORTER AU CABINET

DR. RAZIK Abdallah
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux
Tel.: 05 22 25 56 98 / 05 22 85 18 18 - Casa
INPE: 091 119354
ICE: 001700021000027

589 شارع أبا شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطابق الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98

ARES 500mg

Ciprofloxacin

20 Comprimés pelliculés



6 118000 340102

AKES



CHIBROXINE 0,3%

Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHENA
B.P. N°1 Boukoura - 27182 - MAROC

ml 6802

BARRA

أيكومب
Icomb

Lot:

Fab: YL0055

Exp: 10 21

10 23

PPV: 30 DH 30



ميفرش
MyFresh

Lot:

Fab: YK0013

Exp: 09 21

09 24

PPV: 130 DH 00



LOT N°:

S.CORT

UT. AV:

PPV (DH):

34170

- Sterdex.
- Mydriaticum 0,5%
- Comprimé oculaire.



balance

niles

ordonnance du 19/05/2022

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NRQ
P.P.V: 56,60 DH



CEBESINE 0,4%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM n° 74/19 DMP/21/NRQ



6118001270194

PPV: 23,00 DHS

LOT/عيار

FAB/مراجع الإنتاج

EXP/تاريخ الانتهاء

H7211

03-2021

08-2023