

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 canaux, 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 canaux.

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

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° P19-0025140

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1364 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL ATIA ABDEUAH
 Date de naissance : 12/01/1950
 Adresse : Rue 78 n° 36 AZHARI II
 Tél. : 0609464775 Total des frais engagés : 2400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/2022
 Nom et prénom du malade : EL ATIA ABDELLAH 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 : Casa Le : 29/03/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien		
----------------------	--	--

Science et Pharmaceutique ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Désignation des	Montant
------------------------	-----------------	---------

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre	Montant détaillé
---------------------	----------	--------	------------------

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Niveau de soins				des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

2018/19	Vogel	9/100 DH
---------	-------	----------

34-11-12	Vegetables	34-11-12
----------	------------	----------

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 l'ODF.

	Dents	Nature des		
--	-------	------------	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

	Franchisees	Co-ops	

[illegible][illegible]

					DES TRAVAUX	
--	--	--	--	--	-------------	--

 MONTANTS

[illegible][illegible]

TABLE 1. Summary of the 1000 Genomes Project

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie - Casablanca

Sur Rendez-vous الزيارة بالموعد

Mr. ELATIA ABDELLAH

Casablanca, le :

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = + 1.75 (- 0.50 à 70°)
OG = + 2.00 (- 0.25 à 95°)

VP : ODG = Add : + 2.25

Dr BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste - Homéopathe
Lot 10 - 11 salouane - Homéopathe
Melouia N°33 - Oulfa - Casa
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

OPTIC FRIE VISION
OPTICIEN OPTOMETRISTE
127 Bis Bd Koujast Hay Fatch Oulfa
CASABLANCA - Tél: 05 22 80 11 33

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par Phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - Voies Lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie - Casablanca

Sur Rendez-vous الزيارة بالموعود

Mr. ELATIA ABDELLAH

Casablanca, le :

الدكتورة بنموسي خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة 29 août 2022

الدار البيضاء



37,20

1/ FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 app 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours

28,80

2/ ARTELAC COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

66,00

DR. BENMOUSSA Khadija
Ophthalmologiste - Homéopathe
Lot 10 - 11 selouane Bd Oued
Melouia N°33 - Oulfa - Casa
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

PHARMACIE NAGUIB
Dr Naguib Nadia
334, Bd Oued Daoura
Oulfa - Casablanca
Tél: 05 20 00 25 95

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Arsalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRO
PPV: 37 DH 20 6 118001 200818

ZENITH Pharma

6 118001 270521
PPV: 28,80 DH

Client: **ELATIA**

ABDELLAH

Le **30/08/2022**

	SPHERE	CYL.	AXE	Add
OEIL DROIT	+1.75	-0.50	70	+2.25
OEIL GAUCHE	+2.00	-0.25	95	+2.25

Monture:

Verres : **VERRES CORRECTEURS
PROGRESSIFS**

Montant :

OEIL DROIT	800,00
OEIL GAUCHE	800,00
MONTURE	500,00

PRIX T.T.C

2 100,00

PRIX H.T

1 750,00

TVA

350,00

Arreté la présente facture à la somme de:

DEUX MILLE CENT DIRHAMS

OPTIC FREE VISION

OPTICIEN - OPHTHÉLTIQUE

137 Bis Bd Koulyate Haj Fateh Oulfa

CASABLANCA - Tél: 05 22 90 11 33

I.C.E: 0017892243000028

RC: 362763

INPE: 095014080