

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0016395

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3281 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSABRANE ABDELKRIM

Date de naissance : 14.12.1948

Adresse :

Tél : 0661132564 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : ASSABRANE Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : opération de Cataracte

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : 28/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

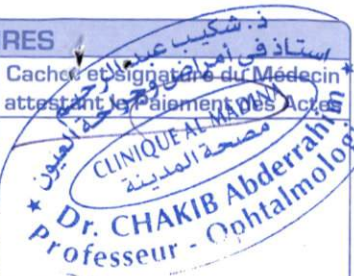
Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

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
28/11/22		25	Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/22	4000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

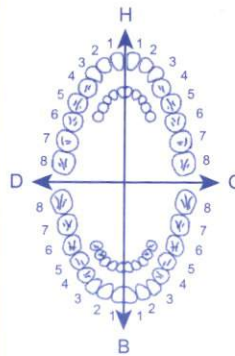
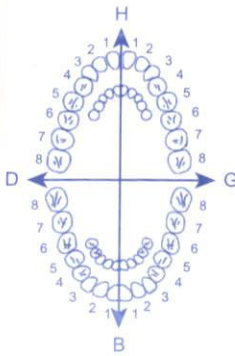
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض و جراحة العيون

داء العينين بالسكري و داء جلالة

أمراض الشبكة و جراحة العيون

Le 28/11/22

ORDONNANCE



Instiller, à 15 minutes d'intervalle dans l'OEIL OPERE, LES COLLYRES SUIVANTS:

7480
a- Sepecen 500 MG

Comprimé

1cp x 2/j

pendant 5j

7710
b- Dexafree

Collyre

1 goutte x 4/j

pendant 1 mois

3650
c- Chibroxine

Collyre

1 goutte x 4/j

pendant 10j

2590
d- MYDRIATICUM

Collyre

1 goutte x 2/j

pendant 1 mois

2640
e- Sterdex

Pde

1 Application le soir

pendant 24j

8000
f- NAVITAE plus

Collyre

1 goutte x 6/j

pendant 2 mois

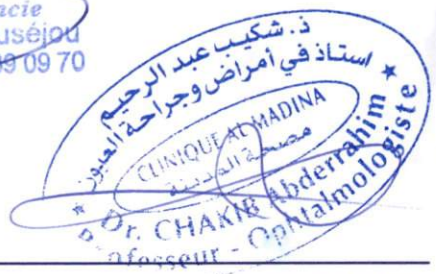
PHARMACIE AL AMANA

Mme Alami Sounni Samira

Docteur en Pharmacie

13, Rue Annarjis Beausejour

Casablanca Tél : 05 22 39 09 70



MYDRIATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH



Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH



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



CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Tribulaire :

Laboratoires THEA

12, rue Louis-Bleriot

93011 Clermont-Saunders Cedex 2

France

Fabricant :

EXCELVISION - Rue de la Lombardie
07100 Annonay - France

سيتيسين[®] 500 ملغ

سيير وفلو كسا سين

علبة من 10 أقراص ملبسة
عن طريق الفم

SEPCEN[®] 500 mg
ciprofloxacin



10 comprimés pelliculés



6 118000 230182

يجب احترام الجرعات الموصوفة

LOT: 05822028
PER: 10/2025
17/12/2024

081ht

26088003

Lot / Fab / EXP :



5090

12 2021

12 2024



6 118001 102860

DEXAFREE 1 mg/ml

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



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