

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

- 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

M22- 0016396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

3281

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSABLANI ABDELLAH

Date de naissance :

14.12.1848

Adresse :

Tél. 0661132564

Total des frais engagés :

182,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.12.2022

Nom et prénom du malade : Assablan Ben Abdellah Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Opération de

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 : 2022

Le : 19.12.2022

Signature de l'adhérente(e) : M. A.

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Cher et signature du Médecin
cessant le Paiement des Actes

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
10/11/2012		6	6750

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE DAR EL KENZ DR. BIDDA Rajaa Résidence Dar El Kenz 01-1 Km M E2 - DAR BOUAZZA Tél : 05 20 13 28 69 INPE : 092104645	19/12/2022	182.70

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412 21433552
	00000000 00000000
	00000000 00000000
	35533411 11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

19 décembre 2022
ORDONNANCE

Mr ASSABBANE Abdelkrim

77.10
1/ DEXAFREE COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

26/09/24 = 105-60DH
2/ STERDEX POMMADE



1 application le soir, dans l'œil droit, pendant 24 jours



182-20DH
PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Imm E2 -DAR BOUAZZA
Tél : 05 20 13 28 69
INPE : 092104645

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**
لا يبتلع - لا يحقن
لتحريم الترخات الموصوفة
قائمة 1 - (لا بوصفة طبية)

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
منع السياقة
قبل قراءة التعليمات

NIVEAU 1
المستوى 1

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**
لا يبتلع - لا يحقن
لتحريم الترخات الموصوفة
قائمة 1 - (لا بوصفة طبية)

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
منع السياقة
قبل قراءة التعليمات

NIVEAU 1
المستوى 1

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**
لا يبتلع - لا يحقن

لتحريم الترخات الموصوفة
قائمة 1 - (لا بوصفة طبية)

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
منع السياقة
قبل قراءة التعليمات

NIVEAU 1
المستوى 1

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**
لا يبتلع - لا يحقن
لتحريم الترخات الموصوفة
قائمة 1 - (لا بوصفة طبية)

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
منع السياقة
قبل قراءة التعليمات

NIVEAU 1
المستوى 1





26088003

Lot / Fab / EXP :

5Q90

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