

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- 0006121

143793

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835 Société : R.A.M Retraite
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : EL JIRARI Abdellam
Date de naissance : 01.03.1952
Adresse : 246 lotissement El WAFAA ANNY Djerba
Tél. : 06.67.51.34.60 Total des frais engagés : 9.12.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

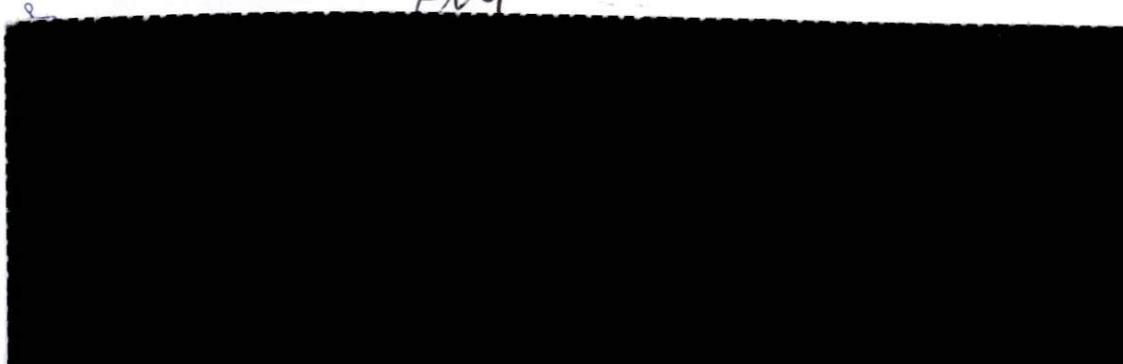
Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nefil Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie :
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 : El Jadida Le : 29/11/2012
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
08/12/2022	CS (CPA)		300 DH	DR. AKBEL Anwar Anesthésiste Réanimateur Clinique ALMADINA INPE 091284885
21/12/22	Contrôle			Dr. Soumaya CHEBIHI MASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba ibnou Nejii Benrechid Tél : 0522 32 48 47

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE EL MANSOURA</i>	21-12-22	3127.0

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/12/22	Price	300 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

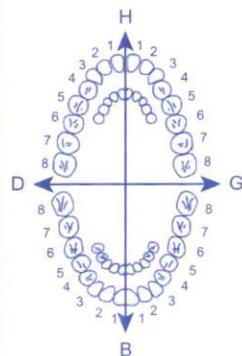
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN,
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

Nom :

Le :

1 lavage le matin dans l'œil pendant 1 semaine

SPECTRUM 250mg

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours

BROPDEX collyre

1 goutte 4 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine

1 goutte 3 fois par jour pendant 1 semaine

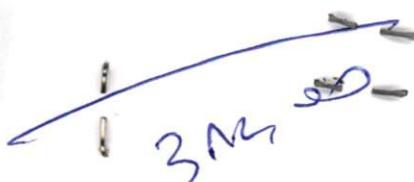
EOLE DUAL

1 goutte 4 fois par jour pendant 6 semaines

MAXIDROL pommade

1 APPLICATION le SOIR dans l'œil pendant 1 semaine

Rondelles ophtalmologiques



Dr. Soumaya CHEBIHI HASSAN,
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba Ibnou Nafil - Berrechid
Tél.: 0522 32 48 47

PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

PPC: 135,00

Lot: E 02 22

07/2025

49



PPV : 51,60 Dhs

Bropdex® 0,3g / 0,1g

Tobramycine / Dexaméthasone

Flacon de 10 ml

406805

PPV : 22,40 Dhs

AD.S.P. Maroc N° 14DMP/27/NCI

Maxidol pommele phial, 3,5 g

Laboratoires Seethema Bouakoura

9 118001 07044



DRUGS

Dr. Soumaya Chebihi Hassani

OPHTHALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux
Microchirurgie de la Cataracte
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii
1 er étage - Berrechid
Tél. : 05 22 32 48 47



الدكتورة اشبيهي حسني سمية

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكيّة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le 24 NOV. 2022

ELJSIRARI Abdelslam

C . I . A



BioMedic (OOS)

Dr. Soumaya CHEBIHI HASSANI
OPHTHALMOLOGISTE
Rue Okba ibnou Nafii Berrechid
Tél : 0522 32 48 47

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 23337 / 2022 du 01/12/2022

Nom patient **EL JIRARI ABDESLAM**
PAYANT

Entrée 01/12/2022
Sortie 01/12/2022

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
				Sous-Total 150,00
Total Clinique				150,00
DR. ARMEL ANWAR (anesthesiste) CPA	1,00		150,00	150,00
				Sous-Total 150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

Dr. ARMEL Anwar
Anesthésiste Réanimateur
Clinique ALMADINA
INPE 091284885



CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 23338 / 2022 du 01/12/2022

Nom patient EL JIRARI ABDESLAM
PAYANT

Entrée 01/12/2022
Sortie 01/12/2022

BIOMETRIE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.C)
Fax: 02 22 77 40 22

CID/CN: CLINIQUE AL MADINA
Cadd: BOULEVARD PANORAMIQUE

CAdd: BOULEVARD . PANORAMIQUE

ID: 3295

Name: EL JERARI ABDESLAM

Sex/DB: Male / 01/jan/1952

Physician:

Comment:

Date: 01/Dec/2022 12:19:58

Surgeon: Common