

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

- Reclamation : 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° W19-582549

162118

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **00683** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **AOUAN MIHAMED**

Date de naissance : **11-12-1943**

Adresse : **85C Bd DE BORNEAUX APP 10 CASABLANCA**

Tél. : **06 63 18 8044** Total des frais engagés : **1312,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur **SABIR Nadia**
Ophthalmologue
633 Rue Gauthier, Quartier Bourgogne
1er Etage N°7 - Casablanca
Tél : 05 22 27 42 76 - 06 66 95 83 34
Urgence : 06 70 81 76 03

Cachet du médecin :

Date de consultation : **26/05/23**

Nom et prénom du malade : **Aouan Mihamed** Age : **79**

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

Nature de la maladie : **diabète sucré**

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 : **CASABLANCA** le **26/05/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

126/05/23

Aouard mramf.

DOCOLLYRE 0,1% ☐ LOT/عيار
Collyre 5ml FAB/مصنع
ZENITH PHARMA EXP/تاريخ الانتهاء
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

1 Pindoclye

1's

58,00 1/2 P 2 4/5 15 jours

LARMABAK 0,9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH
6 118001 100651
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina KHOUDE

2 Larmabak

1's

54,10 1/2 P 2

112,10

Docteur SABIR Nadia

Ophthalmologiste

Medina, Quartier Bourgogne

Boite M 7 - Casablanca

Tel : 05 22 27 42 76 - 06 66 95 93 34

Urgence : 06 66 81 76 03

INPE: 092043355
PHARMACIE MY YOUSSEF
Salma CHERIE D'OUAZZANE
Docteur en Pharmacie
139, Boulevard My Youssef
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

128106123

- Aouad Mhammed

- Diabète sucré

de régulation
Diabète sucré
néphropathie associée

⇒ LASER Argon.

PPR 14 jours.



Docteur SABIR Nadia
Ophtalmologiste

18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : 05 22 27 42 15 - 06 66 95 93 34
Urgence : 06 70 81 76 03

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
- Casablanca -
Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

(28/05/23)

- MR Aouadi.

m Ramf

- Diabète

- rétinopathie

Diabétique

dépensier
série.

1^{er} de suite PPR

USU Argon.

DOG. faible
à jour.

Docteur SABIR Nadia

Ophthalmologiste
33 Rue Soulimina, Docteur Bourgoignie
1^{er} étage N°7 - Casablanca
Tél : 05 22 47 42 76 - 06 66 95 93 34
Urgence : 06 70 81 76 03

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
Casablanca - CM
Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

F A C T U R E

N° 5 964 / 2023 du 26/05/2023

Nom patient	MHAMED AOUAD	Entrée 26/05/2023	Sortie 26/05/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER ARGON PASCAL CE

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
LASER ARGON PASCAL CEIL	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total				1 200,00

	Total général 1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00


CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, CM
 Casablanca -
 Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com