

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



Déclaration de Maladie

M22- 0045330

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2495 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TAHA NADIA
Date de naissance : 1955
Adresse : Rue 22 n° 30 Lot MANDARINA CASABLANCA
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 / 07 / 2023
Nom et prénom du malade : M. TAHA NADIA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Alkchim oculaire
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

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
08/07/23	C5		200,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/07/23	734,-10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/07/23	Biomeconq	800,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



ORDONNANCE

Casablanca le 08/07/2023

M: TAHA NADIA

9150x3

Alphaga

09:30

21:00

1x 21g 8dH 3 →

110,70x3

Kofe

09:00

21:00

1x 21g 8dH 3 →

2980

Frakides

1g 31g 8dH 15g

58.00

Indocyl

1x 31g 8dH 1 →

48.70

Schpred 2

3cp

PHARMACIE ANOUAL
Rue de l'Allée d'Anoual
Casablanca 20100
Tél: 05 22 86 10 10

For = 734,10

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, Boulevard Panoramique, Casablanca
Tél: 05 22 86 15 15 / 05 22 86 45 21

زولامول®
Xolamol®

Lot: 12 4
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V : 110 DH 70

زولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 1 2 8
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5
P.P.V : 110 DH 70

Lot: 12 4
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V : 110 DH 70

8mg 20mg Solupred®

Solupred® 20 mg

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير المعينة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V : 48,70 DH

6 118000 060536

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم النعقة
Collyre 5ml تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA تاريخ الانتهاء
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DHS

H9589
03 - 2023
08 - 2024

66671



2/10/23

ORDONNANCE

Casablanca le 08/03/2023

M^o TAHA NADIA

BIOMECHANIQUE





NOTE D'HONORAIRES

Casablanca le

08/07/2023

le Docteur

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
LN

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

M^r TAHA NADIA

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires

Biomecanique.

Soit la somme de 500,-

so. Cinq Cent Dhs

Dhs

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 60 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
LN

Cachet et Signature

Name
Taha, Nadia

Number 1247 **Birth Date** 01/01/1955 **Sex** Female **Race** (Unknown)

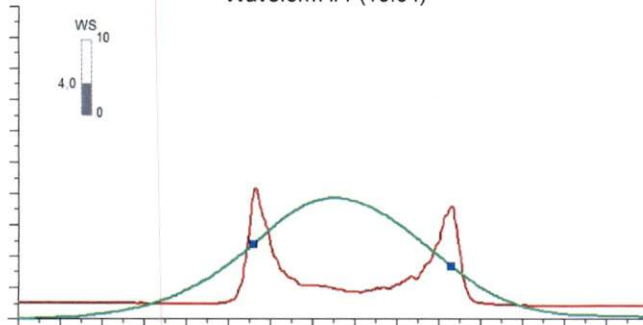
Patient Data Field 1
ym

Patient Data Field 2

Measurement Date: 08/07/23

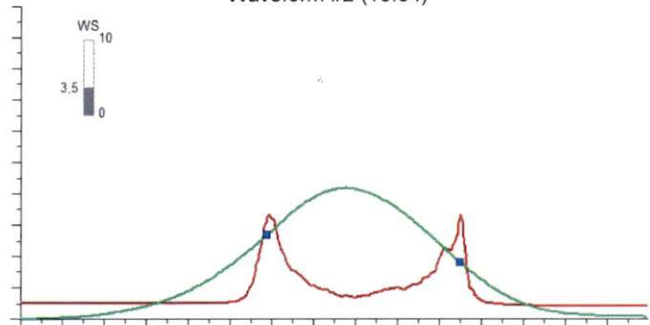
RIGHT EYE

Waveform #1 (10:04)



IOPcc: 24,4 IOPg : 25,1 WS : 4,0
CH : 10,3 CRF : 13,2

Waveform #2 (10:04)



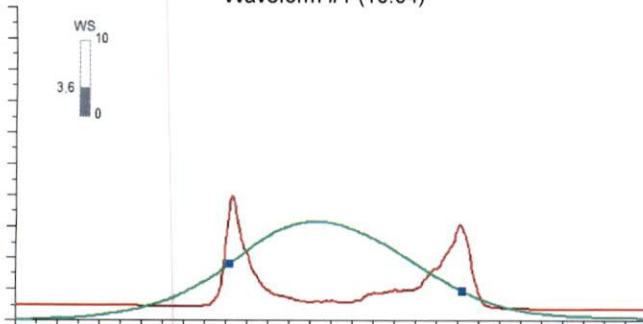
IOPcc: 25,3 IOPg : 28,2 WS : 3,5
CH : 12,0 CRF : 15,6

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 24,8 IOPg : 26,7 WS : 3,7
CH : 11,1 CRF : 14,4

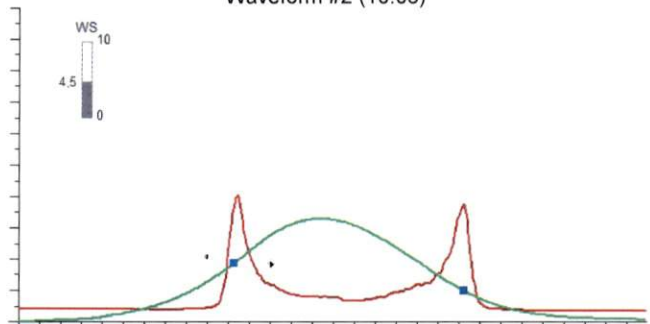
LEFT EYE

Waveform #1 (10:04)



IOPcc: 11,2 IOPg : 14,1 WS : 3,6
CH : 13,7 CRF : 12,8

Waveform #2 (10:05)



IOPcc: 12,2 IOPg : 14,9 WS : 4,5
CH : 13,5 CRF : 12,8

Session Average(Intelligent)

IOPcc: 11,7 IOPg : 14,5 WS : 4,0
CH : 13,6 CRF : 12,8

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tel: 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 60 / 06 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21

