

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- 0011589

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0702472

Société : 18

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukkoli oum-Keltem

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Vigny et Rasant Rés EL Koron
étage 5 APP208 Bélerendat caso

Tél. : 06 64 90 18 11

Total des frais engagés : 1700,01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : Boukkoli oum-Keltem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : glaucome chronique

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 : CASO

Le : 23/10/2023

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
14/10/23			300DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur Lahcen ZAFAD

Ophthalmologist
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاض

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

17 octobre 2023

Mme DOUKKALI Oum - Keltoum

9810043
1/ NAVILIPO

104100
1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

2/ PHYLARM

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans l'œil gauche

19413043
3/ AZARGA: collyre

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

1401003
4/ TRAVATAN collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

3 700822 600668

LOT

BF36505

2025-05

RIMAPHARMA

PVC : 98,00 DH

3 700822 600668

LOT

BF36505

2025-05

RIMAPHARMA

PVC : 98,00 DH

HYLARM 10 mL boîte de 16

700288 600042

30603

2026-05

HERMEDIC
PVC
104.00 DHS

3 700822 600668

LOT

BF36505

2025-05

RIMAPHARMA

PVC : 98,00 DH

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 28216 / 2023 du 17/10/2023

Nom patient **DOUKKALI OUM - KELTOUM**
PAYANT

Entrée 17/10/2023

Sortie 17/10/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	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
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01