

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, extraction 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013255

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : RAN 18 79 11
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOULE MOSTAFA
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : HAY AL QODS RES AL FAJR IMP E N°6
BERNOUSSI CASABLANCA
Tél. : 0673171545 Total des frais engagés : 227,65 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/12/2023
Nom et prénom du malade : M. TOULE Mostafa Age : 79 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : CASABLANCA Le : 19/12/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
13/12/23	G	1	627,65	Docteur CHÉLIER 82, Rue de la République Quartier St-Jacques Tél: 05 45 11 53 70 INRE : 03 01 15 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/12/23	627,65

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

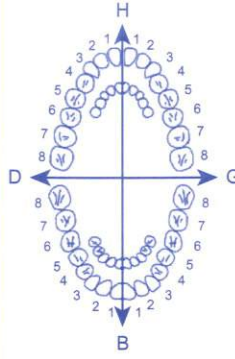
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

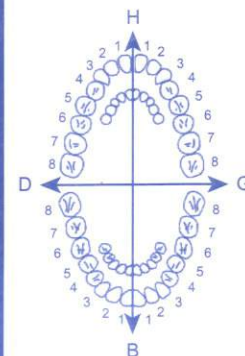
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT 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 CHETLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

جراح كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

MERCREDI 13 DECEMBRE 2023

PHARMACIE BLOC "C"
Rue 2 N° 116 Bloc (C)
QAI Qods Sidi Bernoussi
Casablanca

Monsieur TOUILE Mostafa

- MAXIDROL collyre :

- 1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
- 1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
- 1 goutte, 2 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours
- 1 goutte, 1 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- CILOXAN collyre :

- 1 goutte, 4 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- MAXIDROL pommade :

- 1 application, le soir au coucher, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- SPECTRUM 250 mg :

- 1 comprimé, le matin et soir, au milieu des repas, pendant 5 jours

- SERUM PHYSIOLOGIQUE :

- 1 toilette oculaire, le matin, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- COMPRESSES STERILES 20 / 20 : 2 boites

- RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES : 2 boites

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Flat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 - Whatsapp : 06 52.10.00.12

Docteur CHETLY Chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya (Flat)
Quartier des Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
06 61.33.04.44

82, زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

06 52.10.00.12 : مستعجلات : 06 61.33.04.44

227,65



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS
Remboursable AMO
406434

ZENITH Pharma
PPC : 47,75 DH



6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol® collyre, 5 mL
1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL
AMM Maroc N° 54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DH
406995 MA



6 118001 070398

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol® collyre, 5 mL
1mg/3500UI/6000UI/pour 1 mL
AMM Maroc N° 54/DMP/21/NCV
PPV : 30,10 DH
406995 MA



6 118001 070404

Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS
406805

51,40