

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-833643

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7816 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : GUENOUN NOULAY HICHAN
 Date de naissance : 16-06-1969
 Adresse : 15 Rue de Guil - Polo-Casablanca
 Tél : 0661414729 Total des frais engagés : 741,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/12/2023
 Nom et prénom du malade : GUENOUN NOULAY HICHAN Age : 54
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypermétropie + Allergie 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 : Casablanca Le : 16/12/2023
 Signature de l'adhérent(e) :



PR4FF05/V2/20-10-2023

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
12/12/23	C/S	300,00	04	Dr. HANANE AYOUB OPHTALMOLOGUE Centre d'Ophtalmologie Ghandi Al-Andaloussi 134 Attaban Business Center 1er étage, Maarif Extension - Casablanca Tel: 05 22 94 29 50

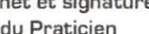
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Hala DABO-DRKISSI Pharmacie California Place Casablanca Tel: 0522 55 18 66 Distributeur en pharmacie	12/12/23	442,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

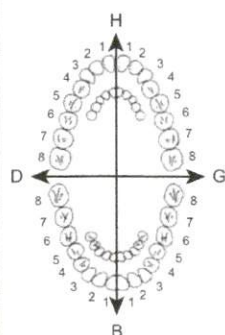
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
						

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.

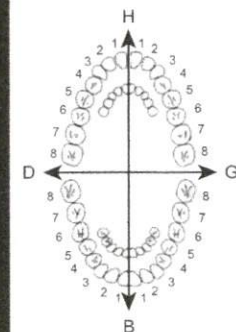
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX
					

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



Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane ATIDI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômée de la faculté de médecine

de Marrakech et de Versailles (Paris)



الدكتورة حنان عاتدي

أخصائية في طب وجراحة العيون

دبلوم كلية الطب بمراكش

دبلوم كلية الطب بفرنسا - باريس

طب العيون للكبار والأطفال - جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

تقويم النظر بالليزر - العدسات اللاصقة - العين ومرض السكري

التصوير بالموجات فوق الصوتية - تصوير أوعية الشبكية والليزر

التصوير المقطعي بالتماس البصري



P.P.C : 147.00 DH

12/12/2023

ORDONNANCE

Patient : GUENOUN MOULAY HICHAM

1 BLEPHAGEL (LES DEUX YEUX)

1-App Matin pendant 1 Mois

2 CATIONORM UD (les deux yeux)

1 goutte x3/J pendant 3 Mois

3 LEVOPHTA COLLYRE.FL/5 ML (LES DEUX YEUX)

1 GOUTTE x2/J pendant 1 Mois

PPC 198,00 DH

LEVOPHTA 0,05%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 728/16DMP/21/NRQr



6118001270354

عبار LOT/

FAB/ تاريخ الانتاج

EXP/ تاريخ الانتهاء

H9097 11-2022 10-2024

PPV : 75,00 DHS



Dr Hanane ATIDI
Ophtalmologie Ghannouchi
Centre d'Ophtalmologie Ghannouchi
134 Attabari Business Center,
1er Etage, Maârif Extension - Casablanca
Tél.: 05 22 94 29 50

Attabari Business Center, 134 Rue Attabari,

(Derrière Ghandi Mall), 1er Etage,

N°3 - Maârif Extension - Casablanca

مركز الأعمال الطبي 134 زنقة الطيري (خلف غاندي مول)

الطابق الأول - رقم 3 - امتداد المعارف - الدار البيضاء

Tél.: 05 22 94 29 50 - E-mail : atidihanane14@gmail.com