

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19- 0040579

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société : 189542
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : RAHMOUNE JAMILA
Date de naissance : 20/06/1952 - CASA
Adresse : Im 29 Apt n. 4 2e étage - NOUR California
CASA
Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : X 709,6011 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 21/11/2023
Nom et prénom du malade : RAHMOUNE JAMILA Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Fond d'œil pour diabète
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.

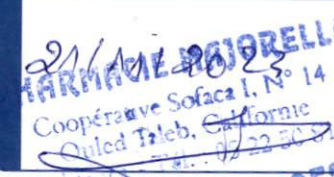
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : 28/11/2023
Signature de l'adhérent(e) : J.A.


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
21/11/23	Consultation		300dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/11/2023	344,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20.12.23	B:30	65.20dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

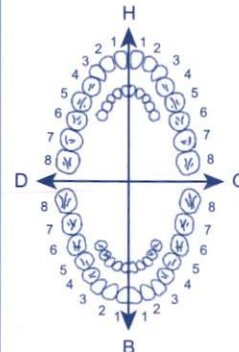
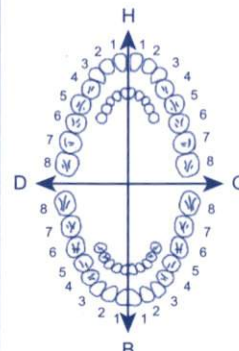
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Dr. BOUZIANE Soukaina

Ophtalmologie adultes et enfants
Chirurgie oculaire
(cataracte, strabisme, annexes ...)
Correction de la vue au laser
Explorations : OCT, angiographie,
échographie oculaire et lasers.



الدكتورة بوزيان سكيينة

طب الشبكون للكبار و الصغار
جراحة العيون
(جلالة، الحول، جراحة المسالك الدمعية)
تصحيح البصر
تصوير القرنية و الشبكية
الليزر

Casablanca, le : _____ : الدار البيضاء، في

21 novembre 2023

Mme RAHMOUNE Jamila

Urée - Créatinémie
Glycémie à jeun + Hb A1c

Dr BOUZIANE Soukaina
Ophtalmologiste
548 Bd. 2 Mars Haddaouia 2
Ain Chock - Casablanca

Laboratoire TOUZANI AL QODS
567, Bd. Al Qods Ain Chock
Casa - Tél.: 0522 87 22 23/24
INPE: 093064350
ICE: 002533445000027

Dr. BOUZIANE Soukaina

Ophtalmologie adultes et enfants
Chirurgie oculaire
(cataracte, strabisme, annexes ...)
Correction de la vue au laser
Explorations : OCT, angiographie,
échographie oculaire et lasers.



الدكتورة بوزيان سكينه

طب العيون للكبار والصغار
جراحة العيون
(جلالة، الحول، جراحة المسالك الدمعية)
تصحيح البصر
تصوير القرنية و الشبكية
الليزر

Casablanca, le : _____ : الدار البيضاء، هــمـيـة :

21 novembre 2023

Mme RAHMOUNE Jamila

1/ TIMABAK 0.5% : COLLYRE CL



1 goutte à 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

344, 40

Dr BOUZIANE Soukaina
Ophtalmologiste
548 Bd. 2 Mars Haddaouia 2
Ain chock Casablanca

PHARMACIE MAJORELLE

Coopérative Sofacal N° 14
Ouled Taleb, Californie
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

TIMABAK 0,50 %
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



LABORATOIRE
TOUZANI
AL QODS

Dr. Omar TOUZANI

Spécialiste en : Biologie de la Reproduction et Oncofertilité -
Hématologie - Immunologie - Biochimie - Bactériologie
Virologie Clinique - Biologie moléculaire et génétique
Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

FACTURE N° : B231220024

Casablanca le 20-12-2023

Mme Jamila RAHMOUNE

Date de l'examen : 20-12-2023

INPE : 093064350

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0182	Urée	B30

Total des B : 30

TOTAL DOSSIER : 65.2 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-cinq dirhams vingt centimes

Laboratoire TOUZANI AL QODS
567, Bd. Al Qods Aïn Chock
Casa - Tél.: 0522 87 22 23/24
INPE: 093064350
ICE: 002533445000027

La Qualité est notre souci permanent

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098



LABORATOIRE
TOUZANI
AL QODS

Code Patient B231201025



Prélèvement du : 20-12-2023
au labo à 16:15
Demande N° : B231220024
Edition : 21-12-2023

Mme RAHMOUNE Jamila

Né(e) le : 20-06-1952

Prescripteur : Dr BOUZIANE SOUKAINA

BIOCHIMIE SANGUINE

Urée

(Dosage enzymatique – Roche)

0.30	g/L	(0.10-0.50)
5.00	mmol/L	(1.67-8.33)

Demande validée biologiquement par : Dr. O. TOUZANI

Laboratoire TOUZANI AL QODS
567, Bd. Al Qods Ain El Rock
Casa - Tél.: 05 22 87 22 23 / 24
INPE: 093064350
ICE: 002533445000027

La Qualité est notre souci permanent

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098