

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 canaux, 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 canaux.

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- 0011474

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30180 Société : EAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EUMAZIANI MARIAM
Date de naissance : 03/06/1981
Adresse : Lot Fath II 9ème mandorona 23 apt. 3.
Sidi Naouf Casablanca
Tél. : 0661286595 Total des frais engagés : 4190. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 31/01/2024
Nom et prénom du malade : El MC. Zeyn. MARIAM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection 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 : 05/02/2024

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
31/01/24	9		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/02/24	3500,00 DHS
	31/01/2024	390,00

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
		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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT 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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجيد سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العصاة اللاصقة

31 janvier 2024

Mme ELMAZYANI Mariam

POLYFRECH collyre



1 goutte 3 fois/ jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 6 Mois

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR Sidi Maârouf (Ancien Makro)
Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp : 06 62 72 38 18
RC : 266958 - Pat. : 3610315 - IF : 59731792 - CNSS : 6063490
ICE : 00048382000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

Dr Siham NAJID
Ophtamologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés. Nada A 3ème Étq en Face
Rond Point Al Mostaqbal Sidi Maârouf - Casi
Tél : 05 22 78 78 07

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة التعاون 1، الطابق الثالث مقابل مدار المستقبل، سيدي معروف - الدار البيضاء

Angle Bd. Al Qods et Bd. Abou Bakre El Kadiri, Rés. Collaboration1, 3^{ème} étq en face Rond point
Al Moustaqbal, Sidi Maârouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

بولى فريش

هياالورونات الصوديوم
٠,٢ ٪

مرطب للمعين
محلول معقم للمعين



Distribué par
KEMIPHARM S.A.
P.l. de Bouskoura, lot N° 92,
local N° : 15 - Maroc.

P.P.C.
130 DH

800-4



EC REP

MOS, Schillingstr. 41, © 10175 Regensburg, Germany

بولى فريش

هياالورونات الصوديوم
٠,٢ ٪

مرطب للمعين
محلول معقم للمعين



Distribué par
KEMIPHARM S.A.
P.l. de Bouskoura, lot N° 92,
local N° : 15 - Maroc.

P.P.C.
130 DH

800-4



EC REP

MOS, Schillingstr. 41, D-10175 Berlin, Germany

بولى فريش

هياالورونات الصوديوم
٠,٢ ٪

مرطب للمعين
محلول معقم للمعين



Distribué par
KEMIPHARM S.A.
P.l. de Bouskoura, lot N° 92,
local N° : 15 - Maroc.

P.P.C.
130 DH

800-4



EC REP

MOS, Schillingstr. 41, D-10175 Berlin, Germany

Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie
et des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte / Echographie
Angiographie
Laser & Lentilles de contact



الدكتورة نجيد سهام

اختصاصية في أمراض وجراحة العين
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية
العصابات اللاصقة

31 janvier 2024

Mme ELMAZYANI Mariam

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Amincis,
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 1.50

OG = - 1.50

Dr. Siham NAJID
Ophtamologue
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr
El Kadiri, Rés. Nada A 3ème Étage en Face
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maârouf - Casi
Tél : 05 22 78 78 07

Facture client N° : 000008/2024

Médecin : SIHAM NAJID

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
	O.D -1,50			
	O.G -1,50			

Liste des ventes

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Monture	Optique	1	2 000,00	2 000,00
Verre	Organique BCUT 1.5	2	750,00	1 500,00

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Total HT : 2916,67

TVA (20%) 583,33

Total TTC : 3 500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE CINQ CENTS DIRHAMS TTC

Cachet Casablanca, le 03/02/2024

ALNA VISION SARI
Ibtissam TROUMI
Opticienne Optométriste
Lot. Ennour N°8 Sidi Maârouf
Tél : 0522 78 04 69

Adresse : 8, Lot Ennour Florida Sidi Maarouf Casablanca TEL : 0522780469

Email : alnavision@yahoo.com ICE : 001879209000020 RC : 377587 Patente : 36168121 IF : 20786452