

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

- 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° M21- 0056174

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2005

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AGOUMI EL MOSTAFA

Date de naissance : 11 mars 1951

Adresse :

Tél. : 0666962276

Total des frais engagés

683 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/02/2024

Nom et prénom du malade :

AGOUMI EL MOSTAFA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/02/2024

RELEVÉ DES ACTES 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
09/02/2024				
10/02/2024				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/02/24	200
	09/02/24	339,00
	10/02/24	144,00

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

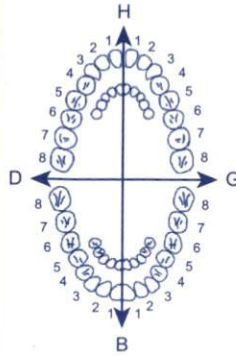
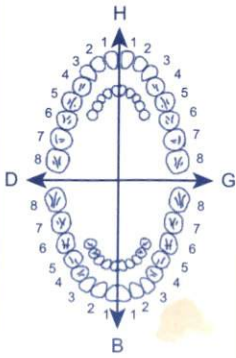
[illegible]

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											
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D ————— G													
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CØEFFICIENT MASTICATOIRE			
		<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> D <div style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 10px;"> 00000000 35533411 </div> G </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> B </div>		CØEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE

Casablanca le 09/02/2024

M^r AGOURI EL MOSTYLI

Correctif collima

20,00

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotus Hajar Fakhri Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca / 05 22 29 60 21



DR. CHAHMED IBRAHIM
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tel : 05 22 29 60 21 / 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 29 60 21



ORDONNANCE

HER MEDIC
PPC
104.00 DHS

Casablanca le 08/04/2024
CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15
FRAKIDEX
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°218/16 DMP/21/NRO
6118001270118
PPV : 24,60 DHS

NOM : A. Goumi
PRENOM : H. Mostafa

LOT/ رقم الدفعة H9597
FAB/ تاريخ الإنتاج 04 - 2023
EXP/ تاريخ الانتهاء 03 - 2025
66672

l'œil opéré a partir de ce jour

24,60 1° FRAKIDEX (collyre)
1 goutte x3/j pdt 07 jours

131,60 2° MEXINE 500 MG (comprimés)
1 cp x2/j pdt 05 jours

104,00 3° PHYLARM
Pour nettoyage de la paupière matin et soir

l'œil opéré après 07 jours

58,00 1° INDOCOLLYRE 0.1% (collyre)
1 goutte x3/j pdt 10 jours

20,80 2° FRAKIDEX (pommade)
1 ap le soir j pdt 03 jours

TRAITEMENT A PARTIR DE CE JOURS

NB; NON ARRET DU TRAITEMENT SI VOUS ETES GLAUCOMATEUX

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRODNM

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
544, bd. panoramique, californie
Casablanca maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 86 60 / 00 - 05 22 50 15 15

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hamza, bd. panoramique, californie

INDOCOLLYRE 0.1% O LOT/ رقم الدفعة H9597
Collyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/19/DMP/21/NRODNM
EXP/ تاريخ الإنتاج 05 - 2023
TAR/ تاريخ الانتهاء 10 - 2024
6118001270118
PPV : 58.00 DHS
66672



ORDONNANCE

Casablanca le 10/09/2024

Mr AGOUMI ELMOSTAFA

Auto vismed
M ym 5 weeks
cheyk sh

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot 101, Hassan II, Casablanca
Hamza (tel: 0522 86 10 28)

DR. CHAHBI Mohammed
Ophtalmologiste
Californie
544, bd. panoramique,
Casablanca Maroc
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20
05 22 29 66 50 / 06 - 05 22 50 15 15
Fax : 05 22 86 46 21
S.S

SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubeir ibnou
El Aouam 20500 Casablanca
P.P.C: 144.10
vidas ou soules