

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° S19-0018267

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695 Société :


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAWARI NADIA Date de naissance : 23/11/1955

Adresse :

Tél. : 0661 265039 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0018267

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Déclaration de Maladie : N° P19-0013357

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2695 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : HOVARI NADIA Date de naissance : 23/11/1955
 Adresse : 3, Rue de La Corniche lot Youcef Khayfa CASAH
 Tél : 0561265039 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2019
 Nom et prénom du malade : HOVARI Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : opéré de cataracte OC
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 14/10/2019

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

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 Prélèvement des Actes
10/10/19				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/10/19	375.85

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

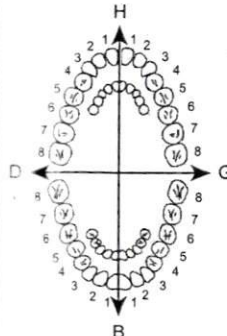
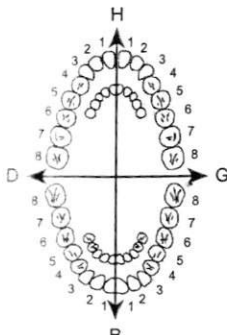
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D			B	00000000	00000000			35533411	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																										
25533412	21433552																											
00000000	00000000																											
D			B																									
00000000	00000000																											
35533411	11433553																											
	[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

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 10.10.19

ORDONNANCE MEDICALE

Concernant : Mr. Hassen NADIA

- 83 • PHYLARM
1 Rinçage 2 fois par jour
- 58 • INDOCOLLYRE
1 goutte 4 fois par jour
- 40/40 • EXOCINE Collyre
1 goutte 4 fois par jour
- 60 • CILOXAN Pommade
1 Application 1 fois par jour le soir
- 24.60 • FRAKIDEX Collyre
1 goutte 4 fois par jour pendant 15 jours
- 3241 • COMPRESSES OPHTALMO STERILES
- * 79.20 • CATEX CP 250 MG
1cp 2 fois par jour pendant 5 jours

Docteur
J. ALM
Ophtalmologiste
Pharmacie Paranza Via D'Alger
100m B.P. 11111 - 20111 Casablanca
Centre Commercial Paranza Via D'Alger
Tél: 05 22 23 34 01

Traitement œil : gel
Traitement de 1 mois

Urgence 24/24

Le PHYLARM physiologique des PHYLARM inflammatoires de l'œil, l'efficacité des PHYLARM.

• PHYLARM est isomère des PHYLARM.

AFRIC-PHAR

LOT 191094 EXP 12/2021

PPV: 79DH40

ZENITH Pharma
AMM N° 218/16 DMP/21/NRQ
PPV: 24,60 DH

LOT/عنوان H324
FAB/تاريخ الإنتاج 03-2018
EXP/تاريخ انتهاء الصلاحية 03-2020

l'allergie et
l'efficacité

la surface oculaire.

PHYLARM permet une élimination des
des allergènes et polluants atmosphériques
présents à la surface de l'œil, par irrigation

INDOCOLLYRE 0.1%
Collyre 5ml

LOT/عنوان 44238
FAB/تاريخ الإنتاج 11-2018
EXP/تاريخ انتهاء الصلاحية 08-2020

ZENITH PHARMA
PPV: 24,60 DH
AMM N° 270 DMP/21/NRQ

58,00

PHYLARM calme la symptomatologie de

- Sensation d'
- Sensation de
- Gêne oculaire
- Sensation de
- Démangeaison
- Interne de
- Sensation de
- Fatigue de

D.m.a: 11/2016

BTR001/V1

Flacon INDICATIF

2019-03 1000022 2024-02

3041

Lot n° :
Fab :
EXP :

REF OPHOCO-100

RONDELLES OCULAIRES
ADHESIVES - ADULTE



CILOXAN® 0,3%
POMMADE OPHTALMIQUE
tube de 3,5 g
Laboratoires Sothems
A.M.M. N° 86/DNP/21/NNP
PPV: 60,00 DHS

Remboursable AMO



6 118001 070855
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

HER MEDIC
PFC
03.00 DHS

CENTRE COMMERCIAL PARANFA AIN DIAB

CASABLANCA

Tél : 0522-39-34-01

Patente : 35624189, ICE:001823934000003

Facture N° 121 232 Du 11/10/2019**HOUARI NADIA**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	PHYLARM/16 DOSES	1	83,00	83,00
PA	COMPRESSE OCUL HYDRA	1	30,45	30,45
CL	EXOCINE	1	40,40	40,40
CL	FRAKIDEX	1	24,60	24,60
CL	INDOCOLLYRE 0,1 %	1	58,00	58,00
PO	CILOXAN PDE OPH	1	60,00	60,00
CO	CATEX 250 MG/10CP	1	79,40	79,40
7	Total	7		375,85

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

375,85

TROIS CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-CINQ CENTIMES

Pharmacie Paranza Ain 2
Mme BENNANI ALAMI
Centre Commercial Paranza Ain D.
Tél : 0522 39 34 01