

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

N° W19-568971

54239

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : SABOUR AZIZ

Date de naissance : 29 06 1959

Adresse : Hay Oulfa, Rue de Noir

Tél. : 065600876 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 01

Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age: 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affection oculaire

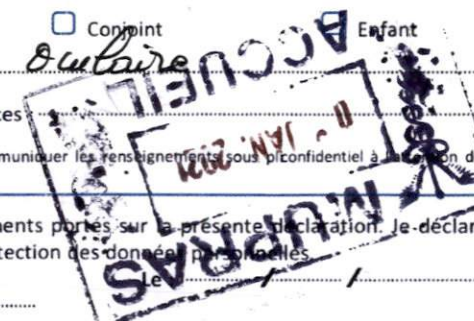
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 : 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
09/12/2020	CR, EC		250,00	 B. Nourari Anesthésiste - Réanimateur 43, Bd Rachidi, Casablanca

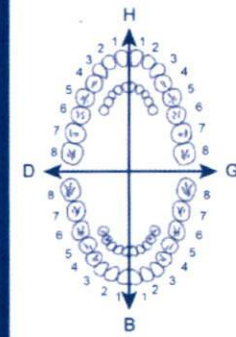
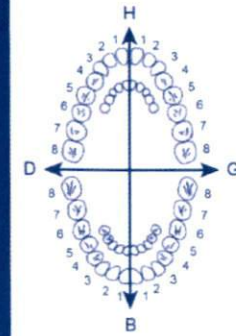
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie KOS 27, Bd Oulfa, Casablanca	01 décembre 2020	4,44

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire de Radiologie 409, Bd Sidi Mohammed El-El Ghazouli, Casablanca	03 DEC 2020	K40	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				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	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

Chirurgie vitréo - rétinienne

Ancien résident du Collège de Médecine
des Hôpitaux de Paris

الدكتور محمد بناني

طب العيون

أمراض وجراحة الشبكة

داخلي سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le 01 décembre 2020

Mr. SABOUR Aziz

4x2

GEL LARMES

1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

XOLAMOL

3x2

1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

414.10



Docteur Mohamed BENNANI

Ophthalmologiste

54, Bd. Rachidi - Casablanca

Tél.: 0522 22 40 22 / 0522 22 62 22



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAUDI
PPV : 41.00 DH



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAUDI
PPV : 41.00 DH

® زولامول
Xolamol®

Lot: 80291
Fab: 02 20
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70



® زولامول
Xolamol®

Lot: 80291
Fab: 02 20
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70



Xolamol

Lot: 80291
Fab: 02 20
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70

Docteur M...
Pharmacie...
Casablanca

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون
أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

03 DEC. 2020

Nom : SABOUR
Prénom : AZIZ
MEDECIN TRAITANT : DR BENNANI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES: HIV OD / RD

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIQUE :

Oeil DROIT

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
VITRE HYPERECHOGENE EN RAPPORT AVEC UNE
HEMORRAGIE INTRAVITREENNE ET RETROHYALOIDIENNE DENSE
MEMBRANES FIBROGLIALES A POINT DE DEPART PAPILLAIRE
ETENDUES AVEC TRACTION RETINIENNE LOCALISEE EN NASAL
ET TEMPORAL .

OEIL GAUCHE

Echographie(B) : SONDE 10 MHZ /20 MHZ

Cristallin hyperéchogène
DECOLLEMENT DE RETINE

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophthalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

03 DEC. 2020

NOTE D' HONORAIRE

Nom Prénom : Mr SABOUR Aziz

ACTE K40 : ECHOGRAPHIE OCULAIRE

MONTANT : 600DHS (six cent dhs)

Mouhssine D'KHISSY Mouhssine
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani - Casablanca
Tél: 0522.25.48.88

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88
0522.25.70.88 / 0522.25.48.88 : الهاتف - الدار البيضاء - ابراهيم الروداني - 400 شارع ابراهيم الروداني

DR. DKHISSY MOUHSSINE
400 BD BRAHIM ROUDANI CASABLANCA

Patient : SABOUR AZIZ

Numéro de dossier :

Adresse :

Tel :

Sexe : Masculin

Date de naissance :

Indication :

