

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

- 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

M23-002589

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5103 Société : R.A.M. ND 1838/14
 Actif Pensionné(e) Autre : épouse
 Nom & Prénom : SENOUSSI MAMOU
 Date de naissance : 18/02/1944
 Adresse : 6 Rue Bergouard Ain Diab Casablanca
 Tél. : 0661282420 Total des frais engagés : 2695,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/11/23
 Nom et prénom du malade : EL OURY EP SENOUSSI JAMILA
 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 : 15/11/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDRP N° : A-A-215 / 2019

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
15/11/23		5	300 DH	
20/11/23		5	200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BAB ESSALAM (SARL) Docteur en pharmacie 27, Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca	20/11/2023	980,00
PHARMACIE BAB ESSALAM (SARL) Docteur en pharmacie 27, Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca	15/11/2023	767,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE STENDHAR 18, Avenue Stendhar, Casablanca	20/11/23	LASER YAG	1500 DH

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



PT160400240

15 novembre 2023

Mme EL OURY EP SENOUSI Jamila

157,00 x 2

THEALOSE collyre

1 goutte x3/jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

28,80 x 4

VITANEVRYL fort cp

1CP X3/J, pendant 2 Mois

140,00 + (99,00 x 2)

OEDES 20 mg

gelule 1 gellule le soir, pendant 3 Mois

T₂: 767,20

PHARMACIE BAB ESSALAM
(ISSTY SARL)
Mouhimmene Amal
Docteur en pharmacie
27, Rue de l'Atlas - hay salam, Casablanca
Tel: 05.22.94.15.14
2



STERILE A



25°C

معقم

تاريخ أول فتح

Date de première ouverture



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Boissakoura - Maroc
BP N° 1271, B2, Boissakoura - Maroc
PCC: 157,00 DH



VR76ZC10MAR/0722



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Boissakoura - Maroc
BP N° 1271, B2, Boissakoura - Maroc
PCC: 157,00 DH



VR76ZC10MAR/0722



PPV

LOT

PER

28,80



PPV

LOT

PER

28,80



PPV

LOT

PER

28,80



PPV

LOT

PER

28,80



LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

LOT 211484
EXP 04/2024
PPV 99.00DH



PT160400240

20 novembre 2023

Mme EL OURY EP SENOUSI Jamila

58,00.

INDOCOLLYRE cl



1 goutte 3 fois par jour , dans l'œil droit, pendant 3 jours



PHARMACIE BAB ESSALAM
(issty SARL)
Mohemmane Amal
Docteur en pharmacie
27, Rue de l'Atlas -hay salam ,Casablanca
Tel: 05.22 .94.15.14
2

Dr Meryem FILALI ANSARY
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél : (+212) 0522 47 15 94

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal , SC
Casablanca
Tél: 0522 47 15 94 - Fax: 0522 99 34 51



PT160400240

20 novembre 2023

Mme EL OURY EP SENOUSI Jamila

LASER YAG

Dr Meryem FILALI ANSARY
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
INPE : 0612711111

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, SC
Casablanca
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

090063488



F A C T U R E

N° 13 406 / 2023 du 20/11/2023

Nom patient	EL OURY EP SENOUSI JAMILA	Entrée 20/11/2023	Sortie 20/11/2023
Prise en charge	PAYANT		

LASER YAG

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
LASER YAG	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total				1 500,00

Total général 1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Encaissements		Chèque		Total encaissé	Solde
		1 500,00		1 500,00	0,00

Ref Chq : bmci tab n 6779003/

CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal, SC
 Casablanca
 Tél.: 0522.47.15.94 - Fax: 0522.99.34.51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 001754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com