

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.

Educateur :

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 canalaire, 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 canalaire.

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° S19-0003201

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09788 Société : RAM Siège
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HANSAHI Samir Date de naissance : 12/05/1960
Adresse : 3, Rue C. Fenac B3 UAG RONDE
Tél. : 0667815818 Total des frais engagés : 7379,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



15 OCT. 2019

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : HANSAHI SATIRA 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 : Mohammédia Le : 09 / 10 / 2019

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
09/10/19	2500H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/10/19	129,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Angie + oct	09/10/19		1500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

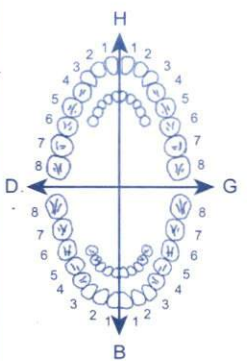
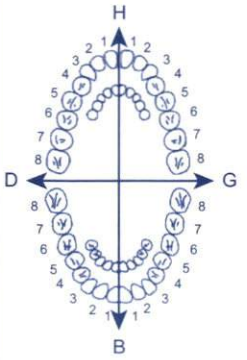
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	13/10/19					5500H

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

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	<p>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <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>D</td> <td>G</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> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Hasnaâ LAMARI
Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

Mohammedia, le : 09 octobre 2019.....

Mme HANSALI SAMIRA

23.40

OPTIPRED COLLYRE



PPV : 23 DH 40



1 gtt 3f/j pd 10j,
puis 2f/j pd 5j,
puis 1f/j pd 5j , les deux yeux

52,90 x 2

VIKET COLL



N° LOT:
EXP: 191118E
PPV: 5/2022
520490

1 gtt x 2 / j x 2 mois, les deux yeux, 2 Mois

T. 129.20



Handwritten signature.

N° LOT:
EXP: 191118E
PPV: 5/2022
520490



091032987



Mohammedia, le : **09 octobre 2019**.....

Mme HANSALI SAMIRA

Angiographie rétinienne et OCT papillaire



091032987



CLINIQUE SPÉCIALISÉE

MOHAMMEDIA

Ophthalmologie

المصحة المتخصصة

المحمدية

أمراض و جراحة العيون



090006339

ICE : 001731349000011

Mohammedia, le 09.10.19

Dr. EZZOUHAIRI SM

Pr. LAMARI

Dr. MOUNIR

- Consultation Spécialisée
(sur rendez-vous)
- Laser argon / laser YAG
- Angiographie numérisée
- Echographie / Biométrie
- Chirurgie Cataracte par Phako
- Chirurgie vitréo-rétinienne
- Chirurgie strabisme
- Chirurgie voies Lacrymales
- Chirurgie des paupières
- Chirurgie réfractive

Urgences 24/24

المستعجلات

Compte Rendu

Argo OCT

D: Hémorragie
Jede maculaire
Exsudats ulno-
pôles
Rore zone
d'ischémie
periphérique

33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia - Tél : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63
Site Web : www.ophtalmoclinic.ma - Patente : 39456 530

OC: - Profil foveolaire
Normal

- Quelque Hémorragie

- Les dischies
périphériques

Qc. 20 NE avec

QM - ODT

DR. LAHARI Hasnâa
د. الحارثي حسن
Professeur Agrégée
OPHTALMOLOGIE
Clinique Spécialisée Mohammedia
33, Lot SANIA - Bd. Hassan II - Mohammedia
Tél : 05 23 02 90 02 / 06 89 57 75 44

CLINIQUE SPÉCIALISÉE
MOHAMMEDIA
OPHTALMOLOGIE



الصحة التخصصية
العمدية
في امراض وجراحة العيون

Docteur Hasnaâ LAMARI
Professeur Agrégée Ophtalmologie
Consultation spécialisée Adultes et Enfants

الدكتورة حسناء العماري
أستاذة في طب و جراحة العيون
فحص متخصص للبالغين و الصغار

Mohammedia, le : 05.11.2019.

FACTOR N° = 228819.

M. HANSAW.....SAMIRA

ANGIOGRAPHIE OCULAIRE
+
OCT

Total 1500 DH

(Mille cinq cent dirhams)

ICE 001731349000011



091032987

33, Lot SANIA Av Hassan II, Mohammedia - Tél. : 05 23 32 90 02 / 03 - Fax : 05 23 32 38 63

Gsm : 06 41 41 15 16 - Site Web : www.ophtalmoclinic.ma

Patente : 39450184 - ID Fiscal : 9107427 - ICE : 001719656000084



Mohammedia, le : ...09 octobre 2019...

Mme HANSALI SAMIRA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 1.00 (- 0.50 à 70°)

OG = + 1.25 (- 1.00 à 170°)

VP :

ODG = Add : + 2.25

Optical Discount
Centre Commercial Marjane
05 23 32 80 54



091032987

OPTICAL GALERIE
MOHAMMEDIA

Mohammedia le 13/10/2019
FACTURE N°:141130026403

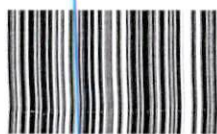
NOM : HANSALI
PRENOM : SMIRA

SAMIRA

Code	Oeil droit			Oeil gauche		
	Sph	cyl	Axe	Sph	Cyl	Axe
loin	+1.00	-0.50	70	+1.25	-1.00	170
Prés						
ADD	+2.25			+2.25		

QUANTITE	DESINATION	PX UNITAIRE	PX GLOBAL
1	Monture optique	1500.00	1500.00
2	Verres organiques PROGRESSIF ANTIREFLET	2000.00	4000 .00
TOTAL			5500.00

Mode de paiement	CARTE DE CREDIT
Arrêté la présente facture à la somme de	CINQ MILLE CINQ CENT DIRHAMS



095013975

Optical Discount
Centre Commercial Marjane
Mohammedia - 13/10/2019

Siège Social : Centre Commercial Marjane Route Secondaire 101 Magasin N°20-MOHAMMEDIA
Tel : 0523 32 60 54 Email : opticalmohamedia@gmail.com
R.C : 7699 – I.F : 40285308 – C.N.S.S : 8034829
PATENTE : 39559355 –ICE : 000079060000059