

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.

Educations :

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.

Prothèse :

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° S19-0018427

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2836 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSABIH EL ANANI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 16 198 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 : 13 NOV. 2019

Signature de l'adhérent(e) : 



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux	Montant des soins										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Votre et cachet du praticien	Votre et cachet du praticien
------------------------------	------------------------------

VOLET ADHERENT	NOM : <u>BENSABIH ELIZABETH</u>	Mle <u>2836</u>
DECLARATION N°	<u>W18-387838</u>	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>14 NOV 2019</u>	<u>250 650 6954</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-387838

DATE DE DEPOT

14 / NOV / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>2836</u>	
Nom & Prénom <u>BENSABIH ELIZABETH</u>			
Fonction : <u>Retraite PNT</u>	Phones. <u>0661.160.198</u>		
Mail <u>m.bensabih@gmail.com</u>			
MEDECIN	Prénom du patient <u>BENSABIH JAMILA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1951</u>	Date	
Nature de la maladie <u>Repart</u>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>6</u>	<u>1</u>	<u>250,00</u>	
PHARMACIE			
Date <u>10/09/2019</u>			
Montant de la facture			
<u>202,00</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date <u>02/11/19</u>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		<u>6500,-</u>	

Dr. LAZRAK Samira
Ophtalmologiste
175, Rue de la Mer
Tél.: 06 35 96 759 Casablanca

PHARMACIE
62, Rue de la Mer
Ain Diab
Tél.: 05 22 79 81 52

SOUI OPTICAL STORE
Opticienne - Optométriste
Ang. Rue Ahmed Charif El Bourgojane
Res. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 89 84

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براجدة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبيلي
حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون
رئيسة مصلحة طب العيون
بمستشفى سيدي الصوفي سابقا

Casablanca, le 19/03/19

Dr Bensabih Jamik

128.1

Hyfresh



PHARMACIE RAIS
62, Rue de la Mer Baltique
Aïn Diab - Casablanca
Tél : 05 22 79 61 52

unidos los

Granada - the 3e

24.1 Angod

17.1 the 3e - al - s

175, Znfé بوجراوع (Znfé جول مورو وكوفي سابقا) إقامة حمام جاسم الطابق الثاني - بقعة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 36 86 - الفاكس : 05 22 48 36 89

175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuver) - Casablanca
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca
Fax : 05 22 48 36 89

E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

Dr Samira LAZRAK BERRADA
OPHTHALMOLOGISTE
175, Rue Boukrâa - Casablanca
Tél : 05 22 48 36 86 / 89

angio drop

DENSMORE
Laboratoire
depuis 1946

Rougeur et Fatigue

Flacon de 15 ml.
Pour usage topique.

Description

Solution ophtalmique, stérile
et de camomille.

Indications :

Rougeur et fatigue oculaire,
larmes, exposition à un
conditionné, sensation de
l'exposition au vent ou à la

Mode d'emploi :

- 2 à 3 gouttes plusieurs fois
- Refermer soigneusement

Composition :

Extrait fluide de Malva
1.0 g, EDTA disodique 0.1
q.s. 100 ml.

Précautions d'emploi

- Le produit est stérile avant ouverture ; bien fermer après usage.
- A utiliser dans les 60 jours après la première ouverture. Notez la date d'ouverture sur le flacon.
- Ne pas utiliser après la date d'expiration indiquée sur le flacon.
- Tenir hors de portée des enfants.

Conservation :

- Conserver à une température inférieure à 35°C.
- Conserver à l'abri de la lumière et d'une source de chaleur.



NTC S.r.l. Via Luigi Ranza, 3
20124 Milano; Italy.
Tel. +39 02 29419192, Fax +39 02 20401490.
info@ntcpharma2.com

STERILE A

Flacon de 15 ml e

OPHTALMED
PPC
74.00 DHS

LOT

PPC : 128 DH 00

B.N. VG0296

EXP. 07 2020

Certificat N°2578 /1645/2017/DMP/20/DM
Date: 15/06/2017

Rougeur
Fatigue
oculaires

Distributeur : Laboratoire DENSMORE,
7 rue de Millo - B.P. 486,
98012 Monaco.
www.densmore.mc
N° vert : 0800904940

NANG15F-N-16V1

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براجدة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبولي
حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون
رئيسة مصلحة طب العيون
بمستشفى سيدي الصوفي سابقا

Casablanca, le

19/09/13

Dr Ben sabih jamila

L H VL

SBIOUI OPTICAL STORE
Opticienne - Optométriste
175, Rue Ahmed Charrier Bd Bourgogne
Rés. Anta n°123 Casa - Tél 0522 39 99 87

OD + 2, (- 0,50 65°)

OS + 1,25 (- 0,50 115°)

L H VP

AA OD + 2,50

OS + 2,50

Dr Samira LAZRAK

OPHTALMOLOGISTE

175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuvier) - 2^{ème} Etage

Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél : 0522 48 36 89

E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

175, زقة بوكراع (زقة جول مورو وكوفيج) - 2^{ème} Etage - 175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuvier) - 2^{ème} Etage - Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél : 0522 48 36 89

SBIOUI OPTICAL STORE

Opticienne - Op ométriste


Ang Rue Ahmed Charci et Bel Bourgne

Rég. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81

CASA Le 21/11/19

Facture N° 38/2019

M: BEN SABIH
Famille

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
2	Monture optique	1500,-	1500,-
2	Verre Progressif Anti-reflet	2500,-	5000,-
Total : 6500,-			
Arrêtée à la présente facture à la somme de + Six mille cinq cents dinars			
			
SBIOUI OPTICAL STORE Opticienne - Optométriste Ang Rue Ahmed Charci et Bel Bourgne Rég. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81			
Total n° 35600562			
RC n° 409680			
ICE n° 00556440000062			