

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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- N° 0042083

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3208 Société : RAN 805348

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ben Jallon DR 15

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674 27067 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed LAMLI
OPHTALMOLOGISTE
106, Bd. Hassan Seghir - 1er Etage
Tél: 0522 44 3021 / 54 15 45
Urgence: 0661 10 11 11

26 FEV. 2024

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHAKFK Haliba Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : Le : 03/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FF06/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-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
26 FEV. 2024	CS	6	300 W	 Dr. Mohamed Lamine OPHTHALMOLOGISTE 106, Bd. Hassan Seghir - 1er Et. Tél: 0522 44 3021 / 54 15 45 - Ca Urgence: 0567 10 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Mohamed Lamine Pharmacie SAHNDOUN 106, Bd. Hassan Seghir - 1er Et. Tél: 0522 44 3021 / 54 15 45 - Ca Urgence: 0567 10 11	26/02/24	186,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

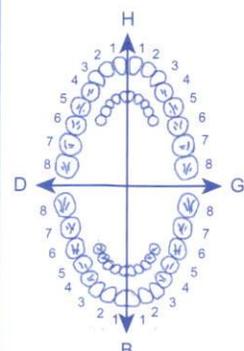
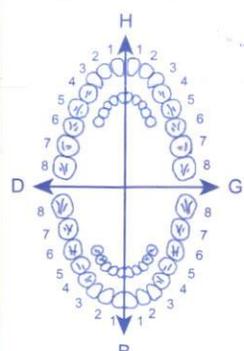
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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															
				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>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>		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																	
	[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

Docteur Mohamed Lahtou

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Ophthalmologiste aux Forces Armées Royales

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Chirurgie de Cataracte par Phako

Lentilles de contact - Laser - Angiographie

Chirurgie de la Paupière

دكتور محمد لحو
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج جامعة مونتبولي

طبيب عيون سابق بمستشفيات

القوات المسلحة الملكية

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالليزر

العدسة اللاصقة

جراحة الجفون

Casablanca, le 26 FEV. 2024

CHAKFK Hali Ba

25.7 1) Fcun collage 00
rptb x4

2) Urgan da
APP Net S x4
pui b Sot x4

3) Role dual 0.0
rptb x4 x 2 Kai

26.2 4) Corneregel 00
APP x 3 x 1 Kai

28.5) Mydese Chir-dese
lavage oculaire

1368

Dr. Mohamed LAHTOU
OPHTHALMOLOGISTE
06, Bd. Hassan Séghir, 1er Etage
Tél: 0522 44 3021 / 54 15 45 - Casa
E-mail: mlahtou@nss.ma

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITH SHARMA
AMM N° 89/15 DMP/z1/NNP
PPV: 76,10 dms
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Laboratoires GILBERT - 928, avenue du Général de Gaulle - 14200 Hérouville Saint-Clair - France

LOT 

G 2 3 6 2 2 0 2 0 0 6



2 0 2 6 0 5

35.30



MD

CE 0459



STERILE A



3 518646 267352

أيسين

iclin

Lot:

PPV : 25 DH 70

PER : 01/25

LOT : AA0404