

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARRAS

Abdel. L. Azziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662.4733.54 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAHLA Fatiha 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-047924

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Médecine 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.

Éducation :

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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2331 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MARAH - ABDELAZIZ

Date de naissance :

10 / 7 / 1954

Adresse :

BD. EL QUODS, AMICACE ENNAKHIL

Télé. :

0662 173354 Total des frais engagés : 17110 + 1693,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. EL ALAOUI Sajda

Ophtalmologiste

207, Bd. Zerkouni - Casablanca

Tél : 05 22 94 91 66

Cachet du médecin :

Date de consultation :

17/02/2020

Nom et prénom du malade :

EL ALAMI LALLA FATIMA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

AFFECTION OCULAIRES

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

MARAH Le : 17/02/2020
03/3/2020

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/2 | Coûts de | | | <i>EDD ALAOUI Saida OPHTHALMOLOGISTE 207, Boulevard ZERKOUNI Tél.: 05 22 52 36 29</i> |
| 20/2 | pour myopie | | | |
| 3/3/2020 | Coûts | 6 | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE CHARIYA CASABLANCA Rue 49 Lot. Ouled Aicha - Casablanca Hoy Intra. Ain Chraït - Casablanca Tél. 05 22 52 36 29</i> | 17/02/2020 | - 1693.40 - |
| | 03/03/2020 | - 1711.10 - |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser l'acte traité, 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'

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---------------------------|--|--|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | 21433552 00000000 00000000 11433553 | G B | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE et
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTHALMOLOGIE
REANIMATION MÉDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTÉ

Casablanca, le 17-02-2011

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري

جراحة الأذن والأño و العنق

جراحة الوجه والعنق

جراحة أمراض العيون

الإنعاش الطبي والباطنة

جهاز الليزر

جهاز السكانى الحسماوى

ذرع قوقة الأنف 29

التخدير والتقطير

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Colyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Colyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Colyre en récipient unidose

6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR



Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M. N° 54/13 DMP/21/NCV
PPV : 230 DHS

406151

6 118001 070619

Laboratoires Sothema Bouskoura

Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml

A.M.M. N° 54/13 DMP/21/NCV

PPV : 230 DHS

406151

LOT S027863 1

EXP 02/2021

PPV 104.40 DH

LOT S027863 1

EXP 02/2021

PPV 104.40 DH

LOT S027863 1

EXP 02/2021

PPV 104.40 DH

406151

248,00

248,00

Dr. Rashedi
دكتور راشدي

ص.ب. ٣٥٧٦٨٠ - رقم التسجيل: ٣٥٥٠٤١٥٠ - العنوان: ٧٤٠٨٧ - CNSS: ١٠٣٧٦٨٠

الهاتف: ٠٥٢٢٢٢١٢٩٦ - ٠٥٢٢٢٠٩٢٤٢/٤٣ - ٠٥٢٢٢٩٤٨٣٦٧

fax: ٠٥٢٢٢٢٠٣٥٧ - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

الفاكس: ٠٥٢٢٢٠٣٥٧ - الهاتف: ٠٥٢٢٢١٢٩٦ - CNSS: ١٠٣٧٦٨٠



Docteur Saida EL ALAOUI

Ophtalmologiste

Ancienne interne et attachée au
CHNO des QUINZE-VINGTS Paris

Diplômée de l'Université P. et M. Curie Paris VI

الدكتورة سعيدة العلوي

طب العيون

طبيبة سابقة بالمركز الإستشفائي الوطني

لطب العيون 15-20 بباريس

خريج جامعة باريس 6



Casablanca, le mardi 3 mars 2020

Madame EL ALAMI Lalla Fatima

30.00

- NO DOL 400



NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
PER.:05 2022
LOT: 910405
P.P.V :30DH00
6 118000 061878

118.50 1 cp en cas de douleur

- IXOR 20



92.60 1 cp par jour

- FLUCON COLLYRE fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans l'oeil gauche, pendant 7 jours

- 171.10 -



6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS
Remboursable AMO
406865

Dr. EL ALAOUI Saida
Ophthalmologiste

207, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05 22 94 91 66

207, Bd. Zerkouni 3ème étage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 94 91 66

E-mail : saidaelalaoui@yahoo.fr