

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.

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

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° P19- 0041345 / 04583

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4583 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MIFTAHI Mohamed
Date de naissance : 1943
Adresse : JAMILAS Rue 17 n° 36
Tél. : 0648207500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. ESSALIME KARIMA
Ophtalmologue
146 Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tél : 0522 57 00 55
Date de consultation : 30 / 06 / 2020
Nom et prénom du malade : Mr. Miftahi Mohamed Age : 77 ans
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 : Casa, le 30/06/2020

Le : 22 / 07 / 2020

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
30-06-2020	Contrôle			Dr ESSALIME KARIMA 146 Bd. Jamila Apt 1 Salmia 2 Casa - Tél: 0522 59 59 55 Dr Mehdi Landoulsi Anesthésiste Réanimateur
30-06-2020	C.S anesthésique		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE IBN EL MOUATZ DR BENKIRANE HANANE JAMILA V RUE 165 N° 38 CASA TEL 022 59 59 59	30/06/20	272,10 DHS

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

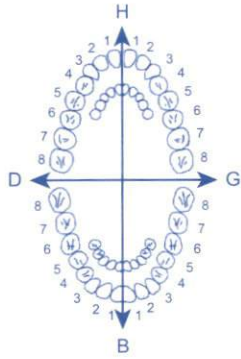
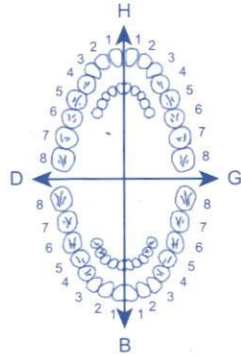
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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 <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
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		
					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'EXECUTION

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية و الليزر
العصابات اللاصقة

Mardi 30 Juin 2020

Mr MIFTAHI MOHAMED

CILOXAN: COLLYRE



1 goutte 4 fois jour pdt 1 sem, œil droit



CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
Laboratoires Sothema
PPV : 45,90 DHS

CHIBROCADRON COLLYRE



1 gtt 4 fois par jour pdt 1 sem
1 gtt 3 fois par jour pdt 1 sem
1 gtt 2 fois par jour pdt 1 sem
1 gtt le soir pdt 1 sem, œil droit

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



MAXIDROL pde



1 application / jour, le soir au coucher, œil droit pdt 1 sem



Laboratoires Sothema Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS

HYE COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour pdt 2 mois, œil droit

SERUM PHYSIO UNIDOSE



1 Lavage le matin, œil droit

ZENITH Pharma
PPC: 37,20 DH

PANSEMENT OCULAIRE STERILE AUTOADHÉSIF œil droit

PPC 86,00 DH



SPECTRUM 250MG/10CP 1 cp le matin, 1cp le soir, 5 jours



LOT 191829
EXP 11/2022
PPV 51.40DH

146, Boulevard Mohammed VI, Appartement 1, 1er Etg - Salma 2, Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60
05 22 55 55 55: الهاتف
146, شارع الجولان, شقة رقم 1, الطابق الأول - السالمية 2, المغرب

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

FACTURE

N° : 4935 B / 2020 du 30/06/2020

CPA

Nom patient **MIFTAHI MOHAMED**
PAYANTEntrée 30/06/2020
Sortie 30/06/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste) CPA	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Dr Mehdi Lahbabi
Anesthésiste RéanimateurCLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01