

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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- 047308

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0301 Société : 35148

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SOUKI BOUCHAIB

Date de naissance : 25-12-42

Adresse : 9, RUE DES IRIS HAY ERRAHA 20800

ASAB LAICA 0522 32 15 88

Tél. : 0522 36 62 43 Total des frais engagés : 1753,80 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Siège 7F Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax : 0522.99.46.00

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Souki Bouchaib 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 : CASABANCA Le : 17 / 7 / 20

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
17-07-2020	3		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/07/2020	1453,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

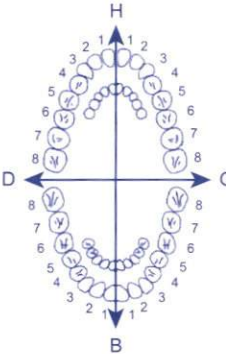
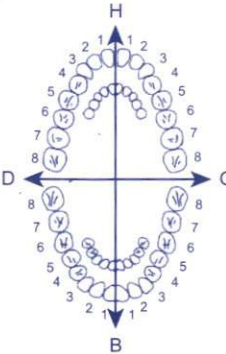
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 CCOEFFICIENT 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

Professeur N. LAOUISSI

الأستاذة لعويسي . ن

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aero spatiale

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي- جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca, le : 17-7-2020

SOUKI' Bouhail

164,20 x 7

- Cosm

180° 120° x 6m

76,10 x 4

- cn neigel

1453,80

180° x 31° x 6m



PHARMACIE DAHBI

Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00

Dr. LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen
Résidence Koutoubia
Casablanca - Tél/Fax : 0522.99.46.00

76, Bd. Abdelmoumen-Résidence Koutoubia, 1^{ère} Étage-Casablanca

Tél : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15

SOLKI - B. D. CHAIB - 0301

LOT T002108 1
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي
محلول قطرات العين
Dorzolamide/Timolol
دورزولاميد/تيمولول

LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

LOT S029887 1
EXP 06 2021
PPV 164.20 DH

LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

كوزوبت®
Cosopt®

LOT T002108 1
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

LOT T002108 2
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

LOT T002108 1
EXP 11 2021
PPV 164.20 DH

كوزوبت®
Cosopt®

20 mg/ml + 5 mg/ml
20 ملغ/ملي + 5 ملغ/ملي

collyre en solution

DAHBI

ICE.....P19.047308

Facture N° : 02/2020

DATE: 17/07/2020

Désignation	Qté	Prix . U	Montant total
COSOPT	7	164,20	1149,40
CORNEREGEL	4	76,10	304,40
	Total		1453,80

Arrêtée la présente facture à la somme de :

« Mille quatre cent cinquante trois DHS et quatre »
vingt centimes

PHARMACIE DAHBI
Bloc 66, N° 13 Bis 2 Sidi Othmane
Casablanca
Tél : 05 22 55 76 00