

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.

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 : N° P19-0002257

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 375 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraitée

Nom & Prénom : HAFFARY Date de naissance : 01/10/1947

Adresse : Total des frais engagés : 787 Dhs

Tél. : 05 22 48 49 46

Cadre réservé au Médecin

Pr. Med. HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE

Cachet du médecin :

24, Rue Imam Al-Houssni - Bourgogne - Casablanca
Tél : 0522 27 57 51 / 46 - Fax : 0522 27 66 77

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HAFFARY Fatima Age : 52

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection de longue durée

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 : 14 SEP 2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUSE

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
10/3/2020			210,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10/03/2020

210,00

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

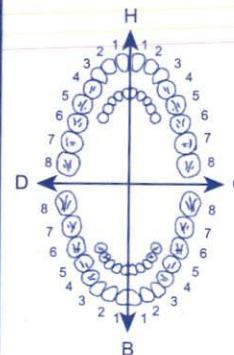
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

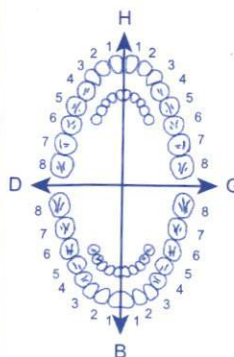
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

Casablanca le :

06/03/2020 : الدار البيضاء في

1950
1/ VALERIE S...
2/ CARTEOL L.P. 2%
S...
6 places

LOT 13011
FAB 12/21
PPV 152DH50

Sasamit

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار: H5162
FAB/تاريخ الإنتاج: 10-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 09-2021

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار: H5162
FAB/تاريخ الإنتاج: 10-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 09-2021

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 61/13 DMP/21/NRQ

LOT/عبار: H4322
FAB/تاريخ الإنتاج: 01-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 01-2021

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 61/13 DMP/21/NRQ

LOT/عبار: H4322
FAB/تاريخ الإنتاج: 01-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 01-2021

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml
ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

LOT/عبار: H5162
FAB/تاريخ الإنتاج: 10-2019
EXP/تاريخ الانتهاء: 09-2021

ابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورغون. الدار البيضاء

05 22 26 66 77 : الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face ...)

Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابقا
بمستشفيات باريس

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L. A.U.
48, Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne
CASABLANCA

DATE : 6/10/3/2020.

NOM & PRENOM :

Haffay Fatima

35,70

1-TOBRADEX (COLLYRE)

1gtte x 4/j pendant 7 jours
1gtte x 3/j pendant 7 jours
1gtte x 2/j pendant 7 jours
1gtte /j pendant 7 jours

25,90

2-MYDRIATICUM

1gtte le soir /j/7j

26,40

3-MAXIDROL (pde)

1app x 2/j pendant 3 jours
Puis 1 appl/j/7j le soir

83,00

4-SERUM PHYSIOLOGIQUE (5ml)

Lavage oculaire le matin

39,00

5- COMPRESSES ADHESIVES

210,00

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex collyre en suspension, 5 ml
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI
PPV : 35,70 DHS

MYDRIATICUM 0.5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH
Non remboursable AMO

STERDEX pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH

6 118001 100378
Ereg. MA : n° 338R1/17 DMP/21/NRQ
338R1/17 DMP/21/NRQ
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, 20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

10 ml
HER MEDIC
PPC
83.00 DHS

10 RONDELLES OCULAIRES
ADHESIVES - ADULTE

Sterifil

مصحة بدر، بورغون، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imane Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax: 05 22 26 66 77 - E-mail: ophthamdani@yahoo.fr