

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 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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033607

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0685

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : BAGHDADI

Date de naissance : 01/07/1971

Adresse : RESIDENCE AL FIDJI

Tél. 0614510014

Société : RIATM

Autre :

133857

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Complément

Lui-même

Conjoint

Age:
Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 19/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

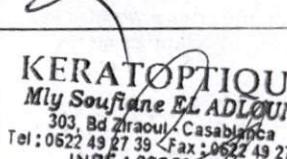
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
08/09/2022			Cr	300	
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزودة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفترض Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/09/02	222.60	 Dr. Mouna CHABACH PHARMACIE SUP ANFA Rte d'Azemmour, Anfa Supérieur Tel 05 22 95 01 18
INPE et code à Barres 11111111111111111111	INPE: 092054873	
INPE et code à Barres 11111111111111111111	5.000,-	 M. Soufiane EL ADLOUNI KERATOPTIQUE 303, Bd Zraouli, Casablanca Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40 INPE : 0995001555

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le 09.03.22

الدكتورة لبني خيار بنجلون

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

الدار البيضاء، في :

VERRE POUR LA VISION DE LOIN

OEIL DROIT - 3 (-1,00 86)

OEIL GAUCHE - 975 (-0,50 75)

ADDITION VISION DE PRES DR. LOUBNA KHAYAR BENJELLOUN

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage No 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

KERATOPIQUE
My Soufiane EL ADDOUNI
303, Bd Zraou - Casablanca
Tel: 0622 49 27 39 / Fax: 0622 49 27 40
INPE: 0995001866

05 22 95 12 89. شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - عمارة A شقة رقم 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف :

235, Bd Yacoub El Mansour - Résidence Al Anfal - Im. A, App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tel: 05 22 95 12 89

KERATOPIQUE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
 303, Bd. Ziraoui - CASABLANCA
 Tél. : 05 22 49 27 39 - Fax : 05 22 49 27 40
 RC: 251214 - IF: 40206001 - Patente: 30202745
 CNSS : 6009692 - ICE : 001632385000077
 INPE : 0095001855

FACTURE N° 0010801

M

Boumousssa AZZEDDINE 20/9/97

Vision de loin	Vision de près
OD:Cyl OG:Cyl	Sph Sph
OD:Cyl OG:Cyl	Sph Sph

Double Foyer

OD:Cyl 1,10 Sph 3,20 ADD + 2,75

OG:Cyl 0,10 Sph 0,75 ADD + 2,75

Quantité	Désignation	Prix
1	MONTURE <i>monture</i> <i>optique</i>	7,00,-
2	VERRE <i>lentille optique</i> <i>progressif Asph.</i> <i>+ T. A. Réflet</i>	4,300,-
Montant en Lettres : <i>cinquante</i> <i>cent et deux francs</i>		TOTAL 5.000,-

PAYE *ch. A.M.D.*
47.30.27

Cachet, Signature
KERATOPIQUE
Mly Soufiane EL ADLOUNI
 303, Bd Ziraoui - Casablanca
 Tel : 0522 49 27 39 Fax : 0522 49 27 40
 INPE : 0095001855

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -
Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 06.09.21 الدار البيضاء، في:

الدكتورة لبني خيار بنجلون

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الليزر - فحص الشبكة بالأشعة

جراحة المخول - العدسات

عضو دائم بالجمعية الفرنسية لطب العيون

طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت

رخصة السياقة

26.09.21 Benmouser A Zebdine
1) - Azithra 1 fl. 53.03
26.10.21 2) - Steristep. fl. de 15.19
3) - Blephagel 1 auf 5.09
22.10.21 Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 89

Azyter 15 mg/g
Collyre, 8/6 récipients unidoses
PPV : 76,20 DH
6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH
6 118001 100378
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable :
Amina DAOUDI

NAVIBLEF Intensive Care
DISTRIBUTEUR
RIMAPHARMA, 165 Ba. abdelmoumen.
Casablanca. Maroc
N° CE : 9694 /2017/ DMP
PVC : 120,00 Dhs

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

REF : 610-2-06 : مرجع رقم

Page : 1

Référence structurée : 220921973013843

Emis à Casablanca le :

Identifiant de la famille تعريف العائلة

N° d'immatriculation : 189828910
Règlement du mois : 09/2022
Mode de paiement : Virement

BENMOUSSA AZZEDINE
RTE D'AZEMMOUR RES AL FIRDAOUS VILLA N[6
CASABLANCA 1600

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENMOUSSA AZZEDINE										
098034170	05/09/2022	CS	MME KHAYAR BENJELLOUN LOUBNA	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	95	142,50
098034170	05/09/2022	PH	PHARMACIE SUP D ANFA	76,20	76,20	1,00	1,00	76,20	95	72,39
098034170	05/09/2022	PHN	PHARMACIE SUP D ANFA	146,40	18,20	1,00	1,00	18,20	00	0,00
098034170	05/09/2022	VER	MR ELADLOUNI SOUFIANE	4 300,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
098034170	05/09/2022	MON	MR ELADLOUNI SOUFIANE	700,00	225,00	1,00	1,00	225,00	70	157,50
Total remboursé pour AZZEDINE										529,89
Total général remboursé										529,89

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان