

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081364

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4583

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MIETAH Mohamed

Date de naissance : 1943

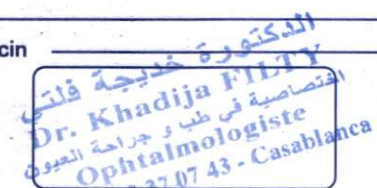
Adresse : Jamila 5 Rue 170 25 36

Tél : 0648307500

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : CHASSA VINE EL BATOULC NIDAN Age : 78 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : VUS de réfraction + schizophrénie

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 : Casablanca

Le : 01 / 11 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
28/10/22	C5	1	2000 DH	Dr. Khadija P... Ophtalmologiste Tel: 05 22 37 07 43 / Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEN EL MOATAZ RUE BEN KHANEFHANAN JAMILA VILLE 16 - N° 38 52259	28/10/22	32670 DH

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	
	31/10/2022	x				3000,00

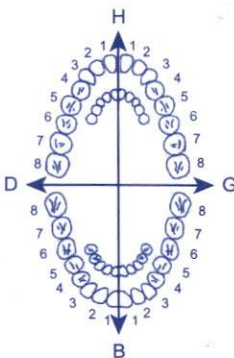
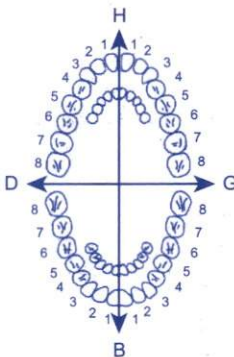
AYAD EL Khaoula

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 l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				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



FACTURE

N° 002396

Casablanca la: 31/10/2022

Mr (e): GHASSOUNE EL BATOUL

N° de Nomenclature :

Docteur : FILTY KRadige

Monture : Métal Optique	500,00	500,00
Verres : Progressive Organique AR		
Vision de loin :		
OG $(105^\circ - 1.00) + 0.25$	1250,00	
OD $(70^\circ - 1.25) + 0.25$	1250,00	2500,00
ADD..... + 2.50		
	TOTAL	3000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Mille Dinars

RC :436474, IF :31900763, TP :34000981, ICE :002270067000066, INPE :095023958

102 Bis Rue 50 HAY MY ABDELAH AINCHOCK CASABLANCA -20470

Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des yeux
Ex chef de Service Ophtalmologie
à l'hôpital Mohamed SEKKAJ
Ain chock
Membre a la société française
d'ophtalmologie Paris



الدكتورة خديجة فilty

اختصاصية في أمراض و جراحة
العيون
طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السقاط عين الشق
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس

Ordonnance

Casablanca le : 28/10/2022 : الدار البيضاء في :

N° GHASSEOUINE EL BATOUL

Vous de correction
VL + VP
= =

VL =

$$OD = (100^\circ - 1,00) + 0,25$$

$$OC = (70^\circ - 1,25) + 0,25$$

K-One Optic
Ayad El Khayoula
INPS 05 22 37 07 43
55 Rue 30 Hay Elly: MOHAMED
Chock Casablanca 20/20

ADD + 2,50 sp OD_C

الدكتورة خديجة فilty
Dr. Khadija FILTY
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
Ophtalmologiste
Tél : 05 22 37 07 43 - Casablanca

Mouhamed
V. organe de l'œil

شارع واد الذهب، رقم، 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكيبة)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء

Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1^{er} étage, Ben msik, Casablanca

GSM : 06 08 93 17 90 - Tél : 05 22 37 07 43

Dr KHADIJA FILTY

Spécialiste des maladies et
Chirurgie des yeux
Ex chef de Service Ophtalmologie
à l'hôpital Mohamed SEKKAT
Ain chock
Membre a la société française
d'ophtalmologie Paris



الدكتورة خديجة فilty

اختصاصية في أمراض و جراحة
العيون
طبيبة رئيسة سابقة بقسم أمراض العيون
بمستشفى محمد السقاط عين الشق
عضوة بالجمعية الفرنسية لطب العيون باريس

Ordonnance

Casablanca le : 28/10/2022 : الدار البيضاء في

Dr. KHADIJA FILTY EL BACHOU

692255
JAMILA VRUE 16 - N° 38
PHARMACIE IBN EL MOATAZ
R BENKRRANEHANAN



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

Remboursable AMO
406865

PHARMACIE IBN EL MOATAZ
R BENKRRANEHANAN
JAMILA VRUE 16 - N° 38
692259

22601 - Flucon collyre 1/1 ml SV

ISTH x 4/2 x 1/2

147,002 - Thesox collyre (1/1) SV

77,103 Dexamfree 1 mg/ml SV

80004 - Navikee collyre 1/1 ml SV

3 662042 003295
Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
R.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DH
PPC : 147,00 DH

118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0.4 ml - PPV : 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

RIMA PHARMA
PVC : 80,00 DH

شارع واد الذهب، رقم، 106، الطابق الأول، فوق مقهى أنكونا (قرب صيدلية سكبية)، بن مسيك سباتة الدار البيضاء
Boulevard oued ED-DAHAB, N° 106, 1er étage, Ben msik, Casablanca
GSM : 06 08 93 17 90 - Tél : 05 22 37 07 43