

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 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 |

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1267 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHERIFI TAYEB

Date de naissance : 01-01-1950

Adresse :

Tél. : 066125018 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/12/22

Nom et prénom du malade : CHERIFI TAYEB Age : 72

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/07 Le : 16/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/12/2022	Ophtal Universitaire Consultation M. Mohammed Y. Consultations Adultes.		300,00	Dr. Assistant Ophtalmologie 091261800

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. HELY Chirurgie générale et orthopédique Béthune 13000 Téléphone : 03 21 30 12 30	16/12/2022	# 714,70 #
Dr. HELY Chirurgie générale et orthopédique Béthune 13000 Téléphone : 03 21 30 12 30	16/12/2022	# 134,80 #

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	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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.

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 00000000 35533411	G	21433552 00000000 11433553
	D		B	
				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



210813100334K.

ORDONNANCE 16 décembre 2022

CHERIFI TAYEB

Bouskoura, le :

10/10/2022 714,70

LATANO

1 goutte le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

✓ Total 714,70



LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10

LATANOTM JP 0.005%
Latanoprost

Lot:

Exp:

P.P.V : 102 DH 10





210813100334K.

ORDONNANCE 16 décembre 2022

CHERIFI TAYEB

Bouskoura, le :

83,00

XAILIN WASH

1 lavage x 4/ jour , dans les deux yeux

45,90

CILOXAN COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour
, dans les deux yeux

60,00

CILOXAN POMMADE

1 app le soir , dans les deux yeux

98010 194,90

PHARMACIE CHRAGUI
Dr. HELZY Hicham
Chragui Sahel Old Hiz
Berrachid - Casablanca - 221 07 17 05 12 30

091261800
Ophtalmologie
Pr. Assistant MOHIB LOUBNA
Hôpital Universitaire International Mohammed VI



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml



A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO
406434



6 118001 070855

69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2200224242

F A C T U R E

N° 30.586 / 2022 du 16/12/2022

Nom patient : **CHERIFI TAYEB**

Entrée 16/12/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/12/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation d'ophtalmologie	1,00	K	300,00 Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	300,00	0,00

