

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

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° M20- 0000903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3270 Société : RAH.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SKIREDJ LEILA
 Date de naissance : 05/04/1958
 Adresse : RESIDENCE ANDALOUSIA IM43N°2
 CASABLANCA
 Tél. : 0641727178 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30/01/2023
 Nom et prénom du malade : SKIREDJ LEILA 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :


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
30.01.2023	Cs pke		400	
02.02.23	b.p.k.e		400	
02.02.23	C2a		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/11/23	580000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

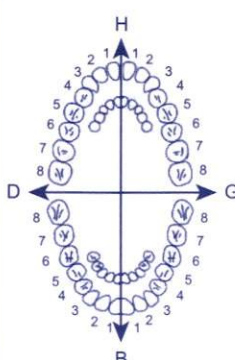
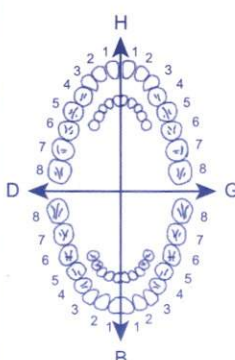
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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</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

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



28963

Casablanca le :

30 janvier 2023

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (LG) - Fax : 0522 25 11 15

SKIREN Leila

INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

58,00



Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (LG) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140871

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

INDOCOLLYRE 0,1%
COLLYRE SM
ZENTH PHARMA
AMM N°155/19/DM/P21/NROD NM
EXP/ FAB/ LOT/ 02-2024
H8818

INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Se reporter à la notice intérieure

Le médicament doit être conservé à une température inférieure à 25°C.

Ne pas conserver au-delà de 15 jours après ouverture du flacon.

NE PAS INJECTER / NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS

Liste 1 / قديمة



INDOCOLLYRE® est une préparation déposée de
Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.
أو Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©
الشركات التابعة لها.

حالات الاستعمال، المقادير، التحذير

أنظر النشرة داخل العلبة

يجب حفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25 °م.

لا يجوز الاحتفاظ به أكثر من 15 يوم بعد فتح العبوة.

لا يحتفظ / لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.

INDOCOLLYRE® 0,1%

أندوكولير® 0,1%

أندوميتاسين / Indométacine

قطرات بشكل محلول / collyre en solution

BAUSCH + LOMB
LABORATOIRE CHAUVIN

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 02.02.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... *Skine Dj Leila*

La somme de : Quatre cent Dirhams
400.00 Dhs

Pour : consultation + K10 fond d'œil.

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 74 (SLG) - Fax : 0522 25 44 15
INPE : 091140871

Urgence 24/24

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 30.01.23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M..... Skine-Dj Leila

La somme de : SEPT CENT Dhs
700.0 DHS

Pour : - Consultation près Anesthésique (CPA)
-K20 BIOMETRIE (prise de mesure
de l'implant).

Cachet et signature

Dr A. ZAROURY
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
12, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 71 (L.G.) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140871

Dr. Med Adil. EL KASRI
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
12, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 0522 25 71 71 (L.G.) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091054791

Urgence 24/24