

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0043390

☒ Maladie **734** ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BERRADA Abdelhak**

Date de naissance : **30/06/42**

Adresse : **BD Abderrahmane Bouchalati EL-ERRAD Benayoune Casablanca**

Tél : **0613218232 0522/9801** Total des frais engagés : **186,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae BENCHERKOUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax : 0522 36 37 08
Urgence : 062 55 19 36

Date de consultation : **23/1/23**

Nom et prénom du malade : **Berrada Abdelhak**

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

Nature de la maladie : **Dacryocystite**

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 : **Casablanca** Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
23-1-23		CS	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie les Pyramides Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bis Bd. Abdelhak Bouabla Tél: 0522 99 26 52 - ICE: 002072066000035 INPE: 092049451	23/1/23	333,30
Pharmacie les Pyramides Dr. Elmoustapha GHANDAF 6, Bis Bd. Abdelhak Bouabla Tél: 0522 99 26 52 - ICE: 002072066000035 INPE: 092049451	23/1/23	54,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

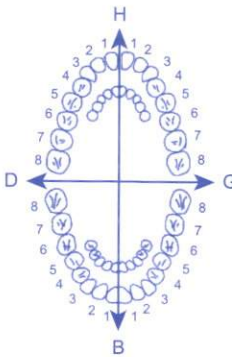
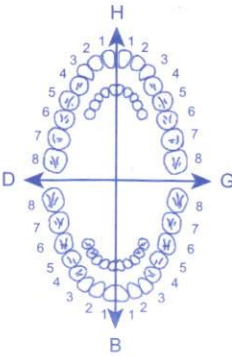
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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.

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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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																		
				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

Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Maladies et Chirurgie des Yeux

Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie Laser

Adaptation de Lentilles de Contact



الدكتورة وفاء بنشكرون

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية
الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب و جراحة العيون

جراحة الشبكة

تخطيط أوعية الشبكة - الليزر

عدسات الإتصال

Casablanca, le 23-1-23 في الدار البيضاء

Berrada Abdelhak

168,20

Augmentin



PPV: 168,20 DH
LOT: 649755
PER: 03/24

1 cp x2

35,70

Tobradex

Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: D02072066000035



1 gtt x4

54,40

Tobradex



Pharmacie les Pyramides
Dr. Elmoustapha GHANDAF
6, Bis Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 - ICE: D02072066000035

Lapp
Isotears



Professeur Ouafae BENCHEKROUN
Ophtalmologiste
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca
Tél/Fax: 0522 36 37 08

Résidence du Palais, Angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour, Imm D, 3ème étage N

Fax et Tél.: 05 22 36 37 08 - Urgence ; 06 62 55 19 36

PPC: 75,00



PHARMACIE LES PYRAMIDES

6 bis, Bd Abderrahim Bouabid

R.C : 303606

Patente: 36030170

T.V.A :

C.N.S.S: 6702600

Tél : 0522992652

Le 23/01/2023

FACTURE N°202587

N° ICE : 002072066000035

N° IF : 51500149

BERRADA ABDELHAK

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
1	VITANEVRIL FORTE COMPRIME	28,80	0,00	28,80	28,80		28,80	1,88	7,00
1	PECTRYL SIROP	22,70	0,00	22,70	22,70		22,70	1,49	7,00

PPV 22DH70 EXP 08/2025
LOT 25009 5

PECTRYL®
SIROP EXPECTORANT
EXPECTORANT SYRUP
150 ml

PPV
LOT
PER

28DH 80

Pharmacie Les Pyramides
Dr. Elmoukha GHANDAF
6, Bis, Bd Abderrahim Bouabid
Tel: 0522 99 26 52 - Casablanca
INPE: 092049451 N°S: 002072066000035

REMISE GLOBALE :

BRUT TTC

51,50

- Remise

0,00

= NET TTC

51,50

Nombre d'Articles : 2

TVA 7% Base :

48,14

Montant :

3,37

TVA 20% Base :

Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :
Cinquante Un Dirhams et 50 centimes.