

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.

M22- 0016522

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2291 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHAFI KHALID

Date de naissance : 08.09.1957

Adresse : 28 Al ASSIL MOHAMMED A

Tél. : 06 684 07177 Total des frais engagés : 6200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ADDA Abderrah
OPHTALMOLOGISTE
584, EL Hassania1. EL Alia
Tél 05 23 20 45 39/Fax 05 23 28 10
Mohammedia

Date de consultation : 109 Fevr. 2023

Nom et prénom du malade : CHAFI KHALID Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

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 un emblème 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 : MEHAMMED A Le : 17/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
19 Fevr 2023	CS		250,00	 DR. ABDERRAHIM EL ALIA 05 23 28 49 29 / Fax 05 23 28 49 29 Mohammédia

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/02/23	427,60

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	
	22.3.23.		Monture + 2V progressifs			700,00 4800,00 <u>5500,00</u>
		INPE = 095006490.				

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

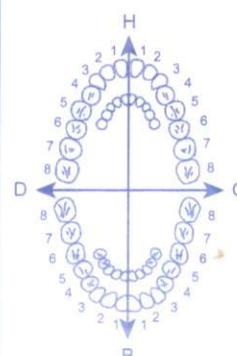
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE SAFY
INPE N° 095006490

Mohammedia le 22 Mars 2023

FACTURE N° 6495

NOM : Mr CHAFII Khalid

Ordonnance du Docteur		ADDA Abderrahim				
	œil droit			œil gauche		
	sph.	cyl.	axe	sph.	cyl.	axe
Vision de Loin	+ 0,50	+ 0,75	75°	+ 0,50	+ 0,50	100°
Vision de Près	Add. + 2,75					
Désignation					Prix TVA Incluse	
Monture :	CELLULO					700,00
VERRES :	PROGRESSIF NIKON BALANCE 1.5 BLEU					
OD :	+ 0,50	(+ 0,75 à 75°)				2 400,00
OG :	+ 0,50	(+ 0,50 à 100°)				2 400,00
ADDITION :	ODG :	Add. + 2,75				
TOTAL	CINQ MILLE CINQ CENTS DIRHAMS					5 500,00
DROIT DE TIMBRE					0,25%	13,75

OPTIQUE SAFY
Chadia SAFY
Opticienne - Optométriste
Bd. Sebta Imm. Tournessol N°6
Magasin n° 2 - Mohammedia
: 05 23 28 67 89

Bd. Sebta Imm. Tournessol n°6 magasin n° 2 28000 Mohammedia Tél. 05 23 28 67 89
RC 12 222 IF 54502043 PATENTE 39241520 ICE 00182 97 28 0000 26
CNSS 4641131 INPE N° 095006490

CENTROS

Dr ADDA abderrahim
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des Yeux et Annexes
Contactologie

Diplomé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux II
de Cluj Napoca
(Ex. attaché des Services
d'Ophtalmologie de Bordeaux II)
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم
إختصاصي في أمراض وجراحة
العيون
والعدسات اللاصقة
خريج كلية الطب ببردو II
وكليوج نابوكا
ملحق سابق بمستشفيات بردو
(بالموعد)

09 Fevr 2023

Mohammed le:
Mr CHAFI, KHALID

Vision de loin:
- Oeil Droit: $(75 + 0,75) = +0,50$
- Oeil Gauche: $(100 + 0,50) = +0,50$

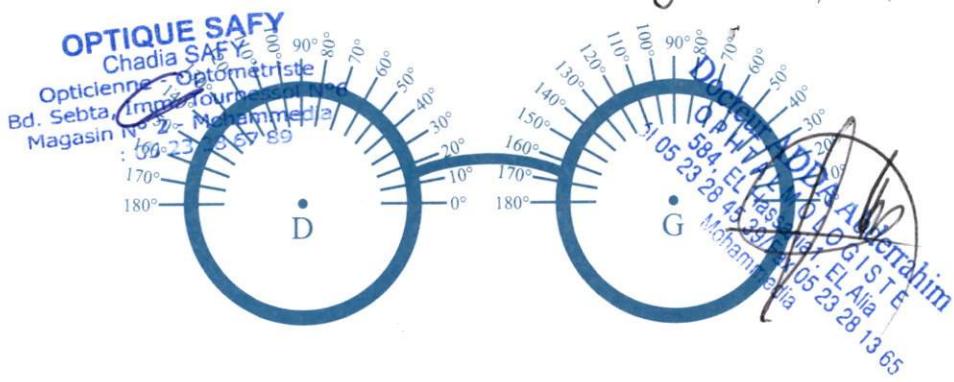
Vision de près:

- Oeil Droit:

| add +2,75

- Oeil Gauche:

D -64 Mm



لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

Dr ADDA abderrahim
Spécialiste des Maladies et Chirurgie
des Yeux et Annexes
Contactologie

Diplomé de la Faculté de Médecine
de Bordeaux II
de Cluj Napoca
(Ex. attaché des Services
d'Ophtalmologie de Bordeaux II)
(SUR RENDEZ-VOUS)

الدكتور عبد الرحيم
اختصاصي في أمراض وجراحة
العيون
والعدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببردو II
وكلوج نابوكا
ملحق سابقًا بمستشفيات بردو
(بالموعد)

109 Fevr 2023

Mohammedia le:

Mr CHAFI KHALID

OC - Flucon azm
عمر 3 ans → 15 step
عمر 3 ans → 15 step

Eye drop colly
135cc
x3
عمر 3 ans → 3ml.
عمر 6 mois



لن يتم تغيير أي وصفة طبية أو ورقة علاج بعد التاريخ المذكور
Aucune ordonnance ni mutuelle ne sera modifiée après la date ci-dessus

Eole
dual

Hyaluronate de sodium 0,2%
Hypromélose 0,2%

Sécheresse oculaire.
modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
Sans phosphates

10 ml Clettes oculaires

PPC: 135,00

LOT E 01 22
07/2023



COLLYRE
FLUCON®

04/2024
2KEL1A

Exp :
Lot :

889181 MA

FLUCON® COLLYRE

NE PAS INSPIRER
RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
Liste I. Uniquement sur ordonnance

Flucon collyre de 3 ml

A.M.M. N°10300002/11/007

Laboratoires Sotéma

PPV : 22,60 DHS

6 1180001070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N°10300002/11/007
Laboratoires Sotéma
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO
408865

Fabriqué par
ALCON CUSI, S.A.
E-08320 El Masnou - Barcelone



3400632420285

