

0668 09 740 39

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.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-781076

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1308 Société : RAA

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : LARABI Mohamed

Date de naissance : 1949

Adresse : Résidence LOUISE CASA ANFA Tranche B Apt 901 Avenue du Grand Kacir

Tél. : 05 61 189189 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/03/23

Nom et prénom du malade : LARABI MOHAMED 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

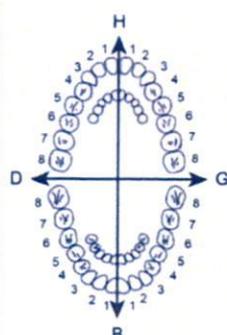
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
20/03/23	S		300DH	INP : 061988304

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/3/2023	6600,00 DH
	20/03/23	244,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez 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	INP : <input type="text"/>															
				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. 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



PT191226094753

20 mars 2023

Mr LARABI Mohammed

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Filtre anti
lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 1.75 (- 0.50 à 78°)

OG = + 1.50 (- 0.25 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50


Dr. Maryam EL IKHLOUFI
Spécialiste en Ophtalmologie
Médicines et Chirurgie Oculaires
18, Avenue Stendhal - Casablanca
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51
Email : ophtalmologie@cliniquestendhal.com

Dr. Maryam El
Ophtalmologie

Lot: 27642
Fab: 09/2022
EXP: 03/2024

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unitaires
PPV : 76,20 DH
6 118001 101801
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique

PPC 178,00 DH

LOT SY552
2022-10
2025-10

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique

PPC 158,00 DH

LOT SY38
2022-07
2025-07



211004
2024/04

PPC 159,00 DH

ARABI Mohammed

15900

BLEFARETTE

Massage palpébral matin et soir pendant 5 minutes, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

9900

PHYLARM. LAVAGE CL

1 lavage 2 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

15800 x 2

CATIONORM

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

14700 x 2

THEALOSE COLLYRE

1 goutte x3/Jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

7600

AZYTER. collyre

1 goutte 2 fois par jour matin et soir. pendant 3 jours, dans les deux yeux

91480

Pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSANI Fatima
63, Rue Mamoun Mouloudi
Casablanca - Tél.: 05 22 22 22 22

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

LOT 625487
2022-12
2024-11

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

LOT 625487
2022-12
2024-11

que l'oeil est irrité
en quelques jours
stériles de 10 ml
HER MEDIC
PPC
99.00 DHS
PHYLARM 10 ml, boîte de 16
3 700288 600642
LOT : 21001
EXP : 2025-09

EL IKHLOUFI
Ophtalmologie
Chirurgie des yeux
Casablanca - Casablanca
7 15 94 - info@elikhlooufi.com
logie@elikhlooufi.com

Optique Bir Anzarane

Laila EL OUAZZANI
Opticienne Optométrise
Diplômée de la C.E.S.O.A

121, Bd Bir Anzarane - Maârif
Casablanca - Tél / fax: 0522 98 01 56

R.C.: 269616 - Patente: 35800177
T.V.A.: 677134 - I.C.E.: 001769385000075

Casablanca, le 23/3/2023

M.me Loubi Mohamed

0001966

Ordonnance de Mr. le Docteur:

EL Ikh Loufi

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	O. D. = $(-78^{\circ} - 0,50) \times 1,75$ loin O. G. = $(-80^{\circ} - 0,25) \times 1,50$
D.F. O. D. = O. G. =	près O. D. = 42,50 O. G. = 42,50

FOURNITURES:

Montures : 1	1000,00	
Verres : 2 Lentilles progressif 78	2800,00	
ou 2 lentilles progressives 80	2800,00	
12 Blancs anti reflet		
TOTAL	6600,00	

La présente facture à la somme DH

Six mille six cents 00/100