

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.

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

M22- 0027255

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4165 Société : 17 99 11
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUDGHIRI MOHAMMED
Date de naissance : 10-08-1953
Adresse : 23 IBN KATIR ARSAT LEBIR App 10
MAARIF CASABLANCA
Tél. : 0661439283 Total des frais engagés : 300Dh + 69 ME Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Dahir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219, Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Maarif CASABLANCA
Tél: 05.22.94.95.39 / 06.61.17.72.01
Date de consultation : 03 JUL 2023
Nom et prénom du malade : OUDGHIRI mohammed Age : 70 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Glaucom
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 : 03 JUL 2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
03 JUL 2023	CS		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Wehrel 06 400 0000 06 97 06 92 92 - Fax 04 97 06 92 99 06 2 05038 0	01/08/23	69,11€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

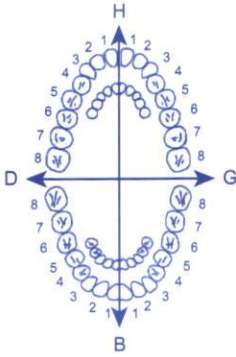
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL BARDAI Dafir

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Strabismes, Micro-Chirurgie, Lentilles
Angiographie, Laser

Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse. FRANCE

Ex. Chef de Service d'Ophtalmologie
de l'Hôpital Hassan II des Spécialités. Laâyoune

الدكتور البردعي ظافر

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الحول، الجراحة المجهرية، العدسات
تخطيط الأوعية، لأزر

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات تولوز. فرنسا
طبيب رئيسي سابقا لقسم أمراض وجراحة العيون
بمستشفى الحسن الثاني للإختصاصات. العيون

Casablanca, le 03 JUL. 2023 الدار البيضاء، في

Mr Mohammed OUDGHIRI

Traitement de son œil

Mettre $OD + OC$

monoplast ou Xalatan

A jour de son

en continu

Docteur Dafir EL BARDAI
OPHTALMOLOGISTE
219 Bd. Zerkouni - Rés. El Bardai
Maârif - CASABLANCA
Tél. 05 22 94 95 39 / 06 61 17 72 01

PHARMACIE DE LA CALÉE CRUVE
Scleral pharmacie Webrel
137 rue d'Alger - 06400 CANNES
Tél. 04 97 06 92 92 - Fax 04 97 06 92 99
03 2 0 50 38 0

219, شارع الزرقطوني - إقامة البردعي - المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 94 95 39 - المستعجلات : 06 61 17 72 01

219, Bd. ZERKOUNI - Résidence EL BARDAI - Maârif - Casablanca - Tél. : 05 22 94 95 39 - Urgences : 06 61 17 72 01

I.C.E.: 001862826000041 - I.N.P.: 091048249

Bonjour Cher Collègue.

Je vous prie de trouver ma déclaration
de Nastasie M22-0027255 présentée
par son porteur à votre bureau afin d'être
28/08/2023 pour remboursement.

Je vous prie de noter qu'à la date de
la prescription le médicament était
en rupture, je me suis ainsi procuré
la quantité pour 6 mois comme prescrit par
le médecin au prix d'une pharmacie en
France. Cette dernière m'a confirmé qu'ils
n'ont pas de vignette sur les boîtes mais ils
m'ont obligeé à une facture en bonne et
digne forme en mon nom.

Je vous remercie pour votre compréhension.

Mohammed OUDGHIRI

N° 4165

PHARMACIE DE LA CALIFORNIE
Leslie-jane WEHREL
137 Rue d'Antibes
06400 CANNES
FRANCE
Tel: 0497069292
N° SIRET: 79359363300019
Code NAF: 4773Z - FR33793593633

Page 1 / 1

FACTURE

N°3077/358009

Du 01/08/2023

Date de l'échéance 02/08/2023

OULDGHIRI MOHAMMED
23 rue ibn katir arset lekbir
00000 MAROC

Prescripteur : MEDECIN _
N° AM : 061056784
Opérateur: virginie r

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total HT
MONOPROST 50MCG COLLY DOSE 30 3400926738266 N° Ordonnancier : 488528 N° Lots : 8R29 4S75 5S11 8R29 5S11 8R29 8R29	PH7	0	7	8,599	2,10%	60,20
Honor. dispens. HD7	HD7	0	7	0,999	2,10%	6,99
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,50

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
67,69	2,1% (4)	1,42	69,11
Total HT		Total TVA	Total TTC
67,69		1,42	69,11

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 69,11

Mode(s) de règlement

CB

69,11

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

PHARMACIE DE LA CALIFORNIE
Selarl Pharmacie Wehrel
137 rue d'Antibes - 06400 CANNES
Tel: 04 97 06 92 92 - Fax 04 97 06 92 99
06 2 05038 0

(NF525) 125//1/FACTURATION/FACTURE/AJNN/N/RNOI/N/IMNg/2.20.1.1.R18-140/0/B525/0370-1/317116