

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

- Reclamation : 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- 0041522

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02601 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'BIRKOU Mohamed-Naji

Date de naissance : 07/01/1938

Adresse : 35 COURS DES SPORTS

20200 CASABLANCA / HH

Tél. 06 62 512154 Total des frais engagés : 10.89, 10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2023

Nom et prénom du malade : M'BIRKOU Mohamed-Naji Age: 86

Lien de parenté : Ue-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : GLAUCOME

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

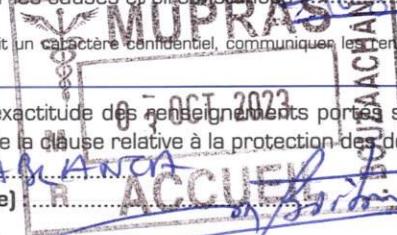
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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 : 13/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 13 JUIN 2014 | CR | 12 | 300,00 | DR. BERNARD RAYMOND N.M. Opticien 1322-29-1015-2-1541 |

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-------------------|-----------------------|
| <i>ARMACIE angle Bd Terra & Courtois Feme nca - Tél. 05 22 25</i> | <i>13/07/2003</i> | <i>789,00</i> |

Rue Cassini

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a 12x12 grid of numbers arranged in a spiral pattern starting from the center. The numbers are labeled with their row and column indices. The grid is oriented with a horizontal axis pointing from D to G and a vertical axis pointing from B up to H.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| D | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | 2 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| G | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| B | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M. M. BENKIRANE

الدكتور بن كيران

Diplômé de la Faculté de
Montpellier
Maladies et Chirurgie des Yeux
Membre de la Société Française
d'Ophtalmologie

1, Av. des F.A.R Casablanca

Tél. : { C. : 05 22 22 15 41
C. : 05 22 20 10 15



خريج كلية الطب بمونبولي
أمراض وجراحة العيون
عضو للجمعية

الفرنسية لأمراض العيون

1، شارع الجيش الملكي الدار البيضاء

05 22 22 15 41 }
05 22 20 10 15) الهاتف: عيادة:

Casablanca, le : 13/7/2023

11 visinicos Nolamul magi
110,70 - Xolamul 10% ml 1S (3 flacon)
X3 3 ugs
11 nels
98,20 - Xolamul 10% ml 1S (3 flacon)
X3 3 ugs
115,10 - Laroma Bule 10% ml 1S (3 flacon)
X3 3 ugs

789,00

PHARMACIE GHAFIRI
22, Angle Bd Terrains de Sport,
Rue Abourouss Ferme Bretonne
Casablanca - Tél: 05 22 25 06 45

-- Sfar
Doctor M. M. BENKIRANE
Ophtalmologie
Tél: 05 22 20 10 15 22 15 41
-- M-Benkiran

رولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 1 2 8
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70

رولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 1 2 8
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70

رولامول®
Xolamol®

Lot: A A 0 1 2 8
Fab: 0 1 2 3
Exp: 0 1 2 5

P.P.V : 110 DH 70

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI



Colle 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI



LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - P.P.V : 54,10 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Anna DIAOUDI

LOT/EXP.:

GJ4180
GJ6704
07/2025

LAPROPHAN --

PPV: 98DH20

Flacon

LOT/EXP.:

GJ4180
GJ6704
07/2025

LAPROPHAN --

PPV: 98DH20

Flacon

LOT/EXP.:

GJ4180
GJ6704
07/2025

LAPROPHAN --

PPV: 98DH20

Flacon

LAIRAMOL
LARMABAK
LAPROPHAN