

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

- 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.

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- 0024361

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5059 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELLA ABDEERRAHIM
 Date de naissance : 1956
 Adresse : APT LAZOUNE
 Tél. : 0671802577 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : 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 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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
Tel: 022.86.19.24 Fax: 022.86.01.76

10.10.23

1.435,50

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

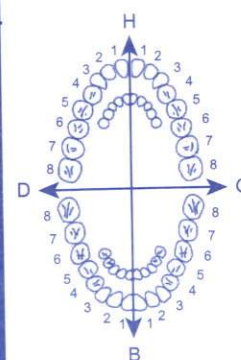
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

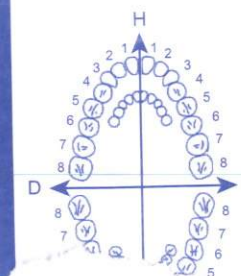
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur C HELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العيون

Le 20/10/2023

Monsieur BELLAJ Abderrahim

110,71 X7 = 774,90

- XOLAMOL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux pendant 3 mois

- XALATAN COLLYRE

1 goutte, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 mois

- ALPHAGAN COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, pendant 3 mois

A RV 1 MOIS

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.09.12

Docteur C HELLY Chafik
05 22.25.83.70
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.09.12

شهرزاد 2

الطابق الثاني حي - النخيل الدار البيضاء

05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

06 52.10.09.12 : ☎ 06 61.33.04.44

LOT/EXP.:

GJ4180
GJ6704
0772023

- LAPROPHAN -

PPV: 98DH20

Flacon

Collyre en solution

RESPECTER LES DOSES PRECONISEES
ATTENTION: Collyre

LATANOPROST
0.005 %

XalatanTM



X 3 Ged

Lot n°:
Fab:
EXP:

Flacon de 5 ml

Collyre en solution

Brimonidine
0.2 %



ALLERGAN

PPV: 91DH50



X 4
Ged

Ophthalmics

Xolamol[®]

(Dorzolamide, Timolol)

SOLUTION
OPHTALMIQUE
STERILE

جمعوم فارما
Jamjoom Pharma

5ml

BOTTU SA
PPV : 110 DH 70



6 281280 045088



X 7 Ged

PHARMACIE L'ERMITAGE
48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF: 42105620

RC: 210696

Patente : 36366490, ICE: 001634422000077

IF : 42105620

CNSS : 2064757

Le : 20/10/2023

Facture N° 50 110
Client : BELLAJ ABDERRAHIM

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	XOLAMOL COLLYRE	7	110.70	774.90
CL	XALATAN	3	98.20	294.60
CL	ALPHAGAN	4	91.50	366.00
3	Total	14		1 435.50

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

1 435.50

MILLE QUATRE CENT TRENTE-CINQ DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES

Pharmacie L'Ermitage

48, Avenue l'Ermitage
Tél: 022.86.19.24 - Fax: 022.86.01.75

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. **BELLAF ABDERRAHIM**

Présente

Glaucome chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de :

cosopt collyr.

+ XLATAN collyr à vie

+ Alphagan collyr

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

