

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

12784

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ASSABBANG

ZINEB

Date de naissance :

01/11/1986

Adresse :

0661369216

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue

Date de consultation :

04/09/2023

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
04/10/23	Consultation	30900	30900	INP : Pr KHAMALY Meneur Chirurgien Ophtalmologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur:	Date	Montant de la Facture
	04/10/23	99,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

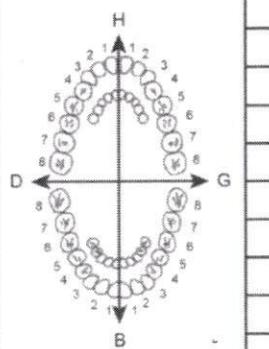
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/10/23					30000dt

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux []
	H	25533412 21433582 00000000 00000000	D	Montants des soins []
	G	00000000 00000000 35533411 11433553	B	Date du devis []
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Date de l'exécution []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA EYE CENTER

أوبتيبرد®
Optipred®

Lot: 0166
Fab: 02 22
Exp: 02 24
PPV: 23 DH 40



04 septembre 2023

Mme ASSABBANE Zineb

23,40

OPTIPRED collyre

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux,
pendant 7 jours

75,70

ZALERG

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

99,10



Pr KHAMAILY Methdi
Chirurgien Ophtalmologue

52 , Rue Ifrane, Hay Salam, CIL-Casablanca-Maroc.
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687
CNSS N°: 1703858 - ICE : 0022734500002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77
Contact@casablancaeyecenter.com
www.casablancaeyecenter.com

Date de première ouverture

تاریخ الفتح الأولى



6 18001102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Dolores Pharma S.A.
Distributed by COOPER PHARMA
Catalunca - Product Manager: Antonia DIAZ

EXP 04/2025
FAB 04/2023

Lot 216272

ج.ع. ٦٣٠١٧ - ١٢ ج.ع. : ٢٠٢٣
 Cedex 2 - PARIS
Titre : LABORATOIRES THEA
12, rue Louis Blériot - 69017 CÉREMONIE BRAND





CASABLANCA EYE CENTER

04 septembre 2023

Mme ASSABBANE Zineb

Monture + verres correcteurs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 0.75 (- 1.00 à 175°)

OG = + 1.25 (- 0.75 à 180°)



Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue

52 , Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687
CNSS N°: 1703858 - ICE : 00227345000002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77

Contact@casablancaeyecenter.com

www.casablancaeyecenter.com



CASABLANCA EYE CENTER

CASABLANCA , LE04/09/2023

NOTE D HONORAIRE

RECU DE ASSABBANE ZINEB.....

La somme de **300.00 DHS**.....

En paiement de note d'honoraires :

CONSULTATION 300 DHS

*Pr KHAMAILY Mehdi
Chirurgien Ophtalmologue*

52 , Rue Ifrane, Hay Salam. CIL-Casablanca-Maroc.
I.F N° : 35541579 - Taxe Professionnelle N° : 355780687
CNSS N°: 1703858 - ICE : 0022734500002

+212 (0)5 22 94 12 12 / +212 (0)5 22 99 33 77
Contact@casablancaeyecenter.com
www.casablancaeyecenter.com

Facture**Facture N° :**

1109

Date :

2023-10-11

Client :ASSABBANE
ZINEB**TAK OPTIC**73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif
Tel: 0522-256704

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+0.75	-1.00	175	
VLG	+1.25	-0.75	180	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	ORGANIQUE ANTI REFLET	1	900.00	900.00
2	ORGANIQUE ANTIREFLETS	1	900.00	900.00
3	MONTURE OPTIQUE	1	1200.00	1200.00

TVA	20%	Total TVA	500.00
Total HT	2500.00	Net à payer	3000.00

Arrêtée la présente facture à la somme :

trois mille Dirhams

Mode de paiement : ESPECE

TAK OPTIC – 73-75 BD. Bir Anzarrane Maarif – 0522-256704 – visionexpress.casablanca@pubwebo.com
 IF: 20785640 - ICE: 001883454000059 - RC:377549 - TP:35875919- INPE.095014494

*Mme Nouria Mhi
75 Bd. Bir Anzarrane, Casablanca
INPE:095014494*

TAK OPTIC