

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

197339

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8077		Société : RAN Départ volontaire	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	B71SSAM HANAFI
Nom & Prénom : B71SSAM HANAFI			
Date de naissance : 30.06.1967			
Adresse : lot BAYROUNI , rés DBR SALAH. app n° 16 . CASA.			
Tél. : 0661210764 Total des frais engagés : 4481,20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation :	12/01/2024		
Nom et prénom du malade :	HANAFI BISSAM		Age : 57 ans
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Réflecteur		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 02/02/2024

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MANAR S.A.R.L ICE: 001688166000012	12/01/24	152,80 86,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE EL MANSOUR CASA S.A.R.L. 48 Av. Mehdi Ben Béch Bourgogne Case TPE 092025204			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
ADEN OPTIQUE SARL Opticien Optométriste Contactologue El Beyrouth Les El Fath n° 4 Casablanca - Tél 05 22 369 05	06/02/2024					1000 Dhs

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.																													
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
					MONTANTS DES SOINS																								
					DEBUT D'EXECUTION																								
					FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553													
H	25533412	21433552																											
D	00000000	00000000																											
	00000000	00000000																											
B	35533411	11433553																											
		<table border="1"> <tr> <td>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td>Montant des Honoraires</td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																							MONTANTS DES SOINS
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montant des Honoraires																												
					DATE DU DEVIS																								
					DATE DE L'EXECUTION																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																													

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca

الدكتورة سميرة الأزرق براحة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدي الصوفى سابقا



Casablanca, le

12/01/2024

PHARMACIE LA BRISE
Dr SELASSI NARJISS
38, Rue Abou Abass El Azfi Maârif Casa
Tél: 0522 92 07 19 - Fax: 0622 92 10 70
ICE: 001688160000012

Dr Hamzaoui Bissaq

19,70

- Algantre (S) ✓ 154,80

58,00 1kg 2,93

- Entoloche (S) ✓

77,10 1kg 0,93

- Dégrafee (S) ✓ 2,5

26,40

STERDEX

PHARMACIE EL MANAR
CASA S.A.R.L.
48 Av Mehdi Ben Barka Bourgogne Casablanca
INPE 092015204

ED S.V

right A 107

INDOCOLLYRE 0,1% LOT/ رقم اللقحة H959U
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الإنتاج 03-2023
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 08-2024
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM
Barcode 666871
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

ALGANTIL® 200 20 dragées
DU 190H70 EXP 02/2026
LOT 32002 3

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexamétasone 0,267 mg /
Oxytétracycline 1,335 mg
PPV : 26,40 DH
Barcode 6 118001 100378
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca
Pharmacien Responsable :
Amina DAOUDI

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براطة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين

عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون

رئيسة مصلحة طب العيون

بمستشفى سيدى الصوفى سابقا

Casablanca, le

12/01/2014

Présumé
Anticléanifi - Stress

LHVC

OS +0,25 (-2,50. 68)

OS +0,75

LHVP

AES

OS +2,26

ADEN OPTIQUE SARL
Opticien Optométriste Contactologue
Leila El Beyrouni Rés. El Fath n° 4
Bourgogne Casa Tel 05 22 36 29 05

Dr. Samira LAZRAK
OPHTHALMOLOGISTE
175, Rue Boukrâa - Casablanca
Tél : 05 22 48 36 86

175، زنقة بركاراع (زنقة جول مورو و كوفي سابقا) إقامة شمس الدين رقم 6 - المثلث - الهاتف : 05 22 48 36 86 - الفاكس : 05 22 48 36 89

175 , Rue Boukrâa (Ex.Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89

E-mail : drsamiralazrak@gmail.com



Mme Btissam hanafi

FACTURE N° : F115658

Date : 06/02/2024

Désignation

VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET ORGANIQUE
MONTURE OPTIQUE

	Prix unitaire	Remb.	Montant	TVA
	1500.00		3000.00	20.0
	1000.00		1000.00	20.0

IS :

ph: +0.25 Cyl: -0.50 Axe: 60° Add: +2.25

ph: +0.75 Add: +2.00

ph: +2.50 Cyl: -0.50 Axe: 60°

ph: +2.75

Montant	4000.00
Montant total payé :	4000.00
Solde :	0.00

Totaux

Total hors TVA : 3333.33 Dh

Montant TVA : 666.67 Dh

Total TTC : 4000.00 Dh

*ADEN OPTIQUE
Opticien Optométriste Contact Optique
Lots El Beyroun, Rés. El Fath n°4
Bouygues Casab - Tel 05 22 36 29 05*