

## 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.

200933

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>4088</b>		Société : <b>A.A.M</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ARIFI MOHAMED</b>			
Date de naissance : <b>1/1/1934</b>			
Adresse : <b>Rue Mostapha choukri Petchou ETG 2 APPT 5 Bloc 3 Maârif Casablanca</b>			
Tél. :		Total des frais engagés :	

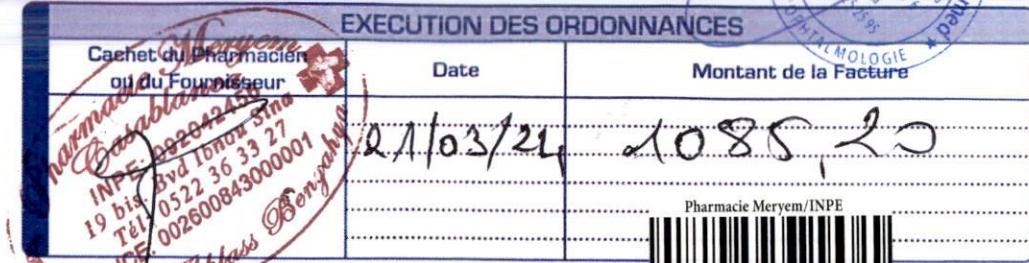
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>21/03/2024</b> <b>ARIFI MOHAMED.</b>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser 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**      Signature de l'adhérent(e) : **ARIFI MOHAMED**  
 Le : **02 AVR. 2024**



## **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
21-03 2024	Consultation Oculiste		300.00	INP : 1061310051471 DR. CHARIF KHALIFI MO T.S.B. Messirdi Ang. D'ophtalmologie Groupe Clinique Casablanca Tel. 0524 44 11 11



#### **ANALYSES - RADIOGRA**

092042456

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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			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"/>										
	<b>H</b> <table border="0"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b> <b>B</b>				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	<hr/>													
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

# د. الشريف الخليفي محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراح كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

• علاج قصر النظر باللaser أو العدسات

• جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

• جراحة العين

• جراحة الجفون

• علاج و استئصالات أمراض الشبكية والزرق



**Dr. CHARIF KHALIFI Mohamed**

Chirurgien Ophtalmologue

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

- Correction de la myopie, hypermétropie, presbytie au Laser
  - Chirurgie de Cataracte • Chirurgie de Strabisme
  - Chirurgie des Paupières
- Traitements et Explorations de la Rétine et du Glaucome

Casablanca le : ..... 21 mars 2024 ..... الدار البيضاء في :

167,20



Mr ARIFI Mohamed

Monoprost. collyre

1 goutte le soir pendant 3 mois  
125 مل x 3  
AZOPT



91,50 x 2.  
ALPHAGAN. collyre



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois

XAILIN night

180 مل x 2  
HYLOGEL



1 app chaque heure

108528



Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
**PFV : 167.20 DH**  
Distribué par les laboratoires SOTHEMA  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

6 118001 072583

2026 - 09

308616  
**180,00**  
1800DH

2026 - 09

308616  
**180,00**  
1800DH

Nom et adresse du Fabricant :  
Alcon-Couleur N. V.  
Riksweg 14, B2870 Puurs,  
Belgique

6 118001 070114

Laboratoires SotHEMA  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DH  
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446374 MA

2n Cail S.A.  
Av Fabra 58, apartado 2  
70 El Marmol, Barcelona, Espana

PPV: 91DH50

PPV: 91DH50

6

118001 070114

Laboratoires SotHEMA  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DH  
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446374 M

Nom et adresse du Fabricant :  
Alcon-Couleur N. V.  
Riksweg 14, B2870 Puurs,  
Belgique

6 118001 070114

Laboratoires SotHEMA  
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml  
Boîte de 1 flacon  
PPV : 125,00 DH  
AMM N° 261/18DMP/21/NRS

446374 MA