

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

- 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.

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

N° W19-422319

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4088 Société : A.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ARIFI Mohamed

Date de naissance : 1/1/1934

Adresse : Rue Mostapha Choukri Pt Chouk ETG 2

Tél. : App 5 Boite 3 Maarif Casa

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/03/2024

Nom et prénom du malade : ARIFI Mohamed

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
21-03-2024	Consultation ophtalmologie	300.00		INP : 106131005142

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Meryem/INPE 19 bis, Bvd Temoz Sina Tél: 0522 36 33 27 CE: 002600843000001	21/03/24	1085,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIE			
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
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																
				MONTANTS DES SOINS []																
				DEBUT D'EXECUTION []																
				FIN D'EXECUTION []																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS []																
			DATE DU DEVIS []																	
			DATE DE L'EXECUTION []																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



د. الشريف الخليفي محمد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

• علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

• جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

• جراحة الحول

• جراحة الجفون

• علاج و استكشافات أمراض الشبكية و الزرق

Ordonnance

21 mars 2024

Casablanca le : : الدار البيضاء في

Mr ARIFI Mohamed

167,20
Monoprost. collyre

1 goutte le soir pendant 3 mois

125,00 x 3
AZOPT

2 fois par jours pendant 3 mois

91,50 x 2
ALPHAGAN. collyre

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois

XAILIN night

1 app le soir

180,00 x 2
HYLOGEL

1 app chaque heure



123, شارع المسيرة الخضراء - زاوية داود ظاهري, إقامة عالية الطابق 3 شقة رقم 6 - الدار البيضاء - فوق فينيسيا ايس معاريف

123, Blvd Massira Khadra - Angle Daoud Dahiri, Rés. Alia 3ème étage Appt N° 6 - Casablanca - Au dessus de Venezia Ice Maârif

Fixe : 05 22 25 25 95 - Adresse électronique : dr.medck@gmail.com - Site Web : ophtalmologuecasa.ma

Nom et adresse du Fabricant :
Acon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, 2627 G-Pur.
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

21 Cusi, S.A.
21 Fábregas, apartado 2
21 El Masnou, Barcelona, España

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 MA

Nom et adresse du Fabricant :
Acon-Couvreur N.V.
Rijksweg 14, 2627 G-Pur.
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

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 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