

# 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

- 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.

W21-834793

203096

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 06698      Société : RAMI

Matricule : 06698      Société : RAMI

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : FACHTA LI DRISS

Date de naissance : 04/13/1966

Adresse : Res. 1. Hafa alev city. appt 62

Tél. : 066.13.106.83      Total des frais engagés : 266.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/02/2021

Nom et prénom du malade : FACHTA LI DRISS

Lien de parenté :  Enfant       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

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.

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

15/02/2021

| 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 |
| 21.02.2024                     |                   | (S)                   | 500 DH                          | <br>INPE:091118349   |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                   | Date     | Montant de la Facture |
| <i>Pharmacie Eloy St Malo<br/>Rennes - Tel. 92 21 00 00</i> | 21/02/84 | 266,10                |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |                  |                                    |                                    |                               |
|--|--|------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                   |  |                  |                                    |                                    |                               |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                  |                                    |                                    |                               |
| <p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                        | Montant des Honoraires             |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br> |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br>      |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>DEBUT D'EXECUTION</b><br>       |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>FIN D'EXECUTION</b><br>         |                               |
| <p><b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b></p>  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                                    |                                    |                               |
|  | $  \begin{array}{r l}  H & 25533412 & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & \hline  & 00000000 & 00000000 \\  B & 35533411 & 11433553  \end{array}  $ |                  | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b><br> |                                    |                               |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |                                    |                                    | <b>MONTANTS DES SOINS</b><br> |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    |                                    |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>DATE DU DEVIS</b><br>           |                               |
|  |  |                  |                                    | <b>DATE DE L'EXECUTION</b><br>     |                               |

21 février 2024

Mr FACHTALI Driss

98,00 x 2



NAVILIPO

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**AQUALARMES unidoses**

70,10 1 goutte x3/j 24 la dosette , pendant 3 Mois



LEVOPHTA

1 goutte 2 fois / j , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

266,10

Pharmacie Hay El Masaï  
52, Rue Ifrane, Hay Salam, CIL-Casablanca-Maroc.  
Téléphone: 05 22 94 12 12 - 05 22 99 33 77  
Fax: 05 22 94 12 12 - 05 22 99 33 77  
Email: Contact@casablancaeyecenter.com  
Site Web: www.casablancaeyecenter.com



LEVOFOLTA 0,05%  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr  
6118001270354

رقم الدفعة / LOT /  
FAB/ مارس 2023  
EXP/ 10 - 2023  
نوع الإنتاج / EXP/ 09 - 2025  
66669

PPV: 70,10 DH

60 AUBENAIS  
CHAU

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH

RIMAPHARMA  
PVC : 98,00 DH





CASABLANCA EYE CENTER

21 février 2024

**Mr FACHTALI Driss**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 1.00 (+ 0.50 à 100°)

OG = + 1.25 (+ 0.50 à 120°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75



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 LE : 21/02/24

Reçu

Mr /Mme

: FATHALI DRISS

LA SOMME DE

: 500Dhs

ACTE REALISE

: à Spécialisé

**MEDECIN**



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](mailto:Contact@casablancaeyecenter.com)  
[www.casablancaeyecenter.com](http://www.casablancaeyecenter.com)



Un autre regard sur vos yeux

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

FACTURE N° :

N° 003043

Casablanca, le: 20/04/2024

Mme / Mr: FACHITALI DAÏSS  
Dr: DAÏSS

M-A-D Optic  
Opticien Optométriste  
20 Rue Riquetate Casa  
n°: 065002633 - RC. 500275

VL

OD : +1.5 (+c. 5.0 en los)

OG : +1.25 (+c. 5.0 +120)

Monture

OPTIC (lunettes)

1200

DH

VP-Add

OD :

+2.75

OG :

Verres

0.00 + A.R + Progressifs

+ P.A.G C  
0.00.00

DH

Total à payer: 3200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: T daïs

Mille Dz daïs

Cachet et signature