

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-551779

44139

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1689 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUFIR LATIF

Date de naissance : 28/07/54

Adresse : 10 RUE MAHMOUD TINOUBI CAUTHIER CASABLANCA

Tél. : 0660501601 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/07/2022

Nom et prénom du malade : EL OUFIR LATIF Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : GAFITOLALGIE

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 : 17/10/2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20 JUL 2020	KLro	800/00DHs

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20.07.2020		50+10mc			6.000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 : <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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

N° 107/2020
ELO Rir

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. LAZAK Zineb
Ophtalmologie

Diplopie

Faire bon alignement

+ Lencoster

Cabinet d'Ophtologie - d'Electrophysiologie
HIDA Siham Ep. Dekkak
41, Bd Zerkouni - CASABLANCA
GSM: 06 61 59 20 77 - Tél: 05 22 22 91 10

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr. LAZAK Zineb
Ophtalmologie

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd

Attestation de formation spécialisée approfondie

Université de Nantes

Maladie et chirurgie des yeux

ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيسي محسن

طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد

الدار البيضاء

أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le

20 JUL 2020

NOTE D HONORAIRE

Nom et Prénom : MR EL OFIR LATIF

ACTE : K40

MONTANT : 800 DHS (HUIT CENT DHS)

Dr Mouhssine D'KHISSY

Ophtalmologiste

400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage

Tél: 0522.25.48.88 / Fax: 0522 25 70 88

CASABLANCA

400, Bd Brahim Roudani - Casablanca - Tél : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88

400. شارع إبراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.25.48.88 / 0522.25.70.88



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

18/07/2020

Elofir

Lotif

USB

- Fleche Cristallinien

ATC Conneen

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmologiste
406 Bd Brahim Aoudani, 2e Etage
Tél: 522 25 12 88 - 525 70 88
CASABLANCA

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr LAZRAK Zineb
Ophtalmologiste

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmogiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيسي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

CASABLANCA LE 20/07/2020

20 JUL 2020

Nom : MR EL OFIR
Prénom : LATIF
Médecin traitant : DR LAZRAK ZINEB

RENSEIGNEMENT CLINIQUE

UBM ODG

COMPTE RENDU UBM

Oeil Droit :

Echographie (B) :

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure = 2.36mm
Angle irido cornéen étroit mais qui reste ouvert sur tout les quadrants

Flèche cristallinienne : 690 microns
Antéposition des procès ciliaires

Oeil Gauche

Echographie (B) :

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure = 2.34 mm
Angle irido cornéen ouvert sur tout les quadrants

Flèche cristallinienne : 730 microns
Antéposition des procès ciliaires

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmogiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

400, Bd Brahim roudani - Casablanca - Tél : 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

400 شارع ابراهيم الروداني - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 25 48 88 / 05 22 25 70 88

HIDA SIHAM
ORTHOPTEISTE
41, Boulevard zerkouni
(Res lisstikrar)
Tel : 0522 22 91 10 :

Casablanca, le 20-07-2020

Chère Docteur,

Je vous remercie de m'avoir adressé, Mr EL OFIR Latif, âgé de 68 ans

Je note ce jour les éléments suivants :

Antécédents personnels : Vision double surtout en vision de près depuis 1 an- A fait
1 laser OG-Photophobie-Vertige-Douleurs cervicale (C5).

Antécédents familiaux : RAS

Correction optique portée : Oui.

Traitement antérieur : CO.

Acuité visuelle :

AC | VOD = 6/10P2

| VOG = 2/10P4

SC | VOD = 2/10f

| VOG = 1.6/10

Examen sous écran

Ecran | X4

AC: | X'XT12

SC | X4

| X'XT14-16

Au synoptophore :

AC

AO= 0 =AS

SC

AO= 0 =AS

Le PPC : 15 cm (OG lâche).

En vous remerciant de votre confiance,

Cabinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie
HIDA Siham Ep. Dekkak
41, Bd. Zerkouni - CASABLANCA
GSM : 06 61 59 20 77 - Tél : 05 22 22 91 10

HIDA SIHAM
Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie

Casablanca le 20-07-2020

Mr EL OFIR Latif,

Facture pour :

Désignation	Montant
Bilan orthoptique+Lancaster	400.00DH
Arrêté la présente à la somme de :	400,00DH
Quatre cent dirham	

Cabinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie
HIDA SIHAM Ep. Dekkak
41, Bd. Zerkouni - CASABLANCA
GSM : 06 61 59 20 77 - Tel : 05 22 22 91 10

41 Bd Zerkouni-Res lisstikrar 4ème étage (à côté Marché des Fleurs)-Casablanca
Tel : 0522 22 91 10-E-mail : hidasiham9@gmail.com
Patente : N°34100946-IF : N° 41700946-ICE001923820000069

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 67 206 / 2020 du 15/07/2020

Nom patient : EL OFIR LATIF

Entrée 15/07/2020

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 15/07/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION OPHTA	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

