

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie

N° P19- 052213

71311

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : ELSAFI Toufik
 Date de naissance : 10-12-1955
 Adresse : 235 Bd YACOUB EL MANSOUR
 Apt 9, RC HIVERAL BT
 Tél : 0661321737 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/10/2021 Tél: 05 22 95 12 89
 Nom et prénom du malade : ELSAFI Toufik Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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 : Le : 22/10/2021
 Signature de l'adhérent(e) :



Consignes 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.

Biologie 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

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
22/02/21			3084	<i>[Signature]</i> Dr. LOUBNA EL AYAK OPHTALMOLOGISTE 35, Bd Yacoub El Mansour, Rés Anfal, Etage N° 2 - Casablanca 21.05.77.05.12.89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i> PHARMACIE EL ORONTI BARRA Latifa Casablanca 05.22.75.51	22/02/21	594,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553			B				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H		G																					
25533412	21433552	00000000	00000000																				
00000000	00000000	00000000	00000000																				
35533411	11433553																						
B																							
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Loubna KHAYAR BENJELLOUN
OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des yeux

Chirurgie de la cataracte par phaco mulsification
chirurgie de la Myopie Astigmatisme Hypermetropie Lasik
chirurgie des voies lacrymales - STRABISME -

Ex. Médecin à l'Hôpital 20 Août Casablanca
Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

Permis de Conduire

Casablanca, le : 24/02/24 : في : الدار البيضاء.

El Safi Mouss.

1) the dose
147,00 x 3

TOBRADEX®
POMMADE OPHTHALMIQUE
3,5 G
Boîte de 1 tube PPV: 54,40 DHS
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



1 gte x 4
3

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 95 51

2) the dose
54,40

le bon 1 g

99,00

صيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
Mme LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 95 51

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
35, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
Tél: 0522 95 51

Phylae
Koum 1 n
pug

594,00

**À chaque fois
que l'œil est irrité**

16 unidoses stériles de 10 ml



Phylarm

Solution stérile pour usage oculaire

Solution stérile pour usage oculaire

Phylarm

HER MEDIC
PPC
99.00 DHS



16 unidoses stériles de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**



625048



2022-08



Laboratoires Théa

12, rue Louis Blériot

63017 - Clermont-Ferrand

Cedex 2

France

Date de première ouverture

Théalose

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium
0,15 %

Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml



Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Maroc
N°Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20DM
PPC : 147,00DH



VR2762C10MMAR0919

MA

CE 0459



STERILE A



Sans

conservateur

Théa



625048



2022-08



Laboratoires Théa

12, rue Louis Blériot

63017 - Clermont-Ferrand

Cedex 2

France

Date de première ouverture

Théalose

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium
0,15 %

Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml



3662042003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura-Maroc

N°Homologation Maroc :

1573/2016/DMP/20DM

PPC : 147,00DH



VR2762C10MMAR0919

MA

CE 0459



STERILE A



Sans

conservateur

Théa

STERILE A



25*

تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

تيلوز[®]

تريالوز 3 %

هياالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

يحمي، يمييه ويزلق سطح
العين

10 مل



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

N° Homologation Maroc :

1573/2016/DMP/20/DM

PPC : 147,00 DH



VR2762C10MAR/0919



بدون مادة حافظة

 Othéa CE 0459

