

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040948

82852

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAYANE EL HADJ

Date de naissance : 01/01/48

Adresse : 03 Polinément Amara 4 Rue Soltana 2
139 Omar Ben KHATTAB Sid' Marmou Casa

Tél : 06 72 70 65 43 Total des frais engagés 300 DH + 592,40 DH + 200 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay Mly
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Date de consultation : 24/06/2021

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : affective

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 : Casa Le : 24/06/21

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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 Rendement des Actes
24/06/21	cs 4 For		300.000	<p>Dr. ZRY OUI Meriem</p> <p>52 Bd. El-Khalil Hay</p> <p>Tél: 05 22 52 59 11</p>
01/07/21	ct		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HARMACIE LA PORT D'ANASSI</p> <p>INP : 37157516</p> <p>Tél : 05.22.76.85.58</p> <p>Accusé de Reception</p>	24/06/21	84,90
	24/06/21	592,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Clinique VERRADIA</p> <p>Service de Radiologie</p> <p>CASABLANCA</p> <p>Tél : 05 22 99 37 48</p>	30/06/21	680 OCT	800.00 dh

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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكة و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : **24 juin 2021** في

Mr. LAHYANE El Hadj

84.90
x6

CARTEOL LP 2%: COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

83.00

Xailin Night

1 app le soir / ODG / 1 mois

**OPHTALMED
PPC
63.00 DHS**

Dr. Merieme ZRYOUIL
Ophtalmologue
52, Bd El Khalil Hay Moulay Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

TOT = 592.40

PHARMACIE INES
صيدلية إناس
BENCHIKHI B.
Dr En Pharmacie
Hay Moulay Abdellah Rue 75 n° 40
CASA - Tél: 0522 50 24 80

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

pas

Anetel

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

CARTEOL L.P. 2%
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA
PPV : 84.90 DHS
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNI

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : 1/07/2021 في

LAKYANE EL HADJ

Compte Rendu d'OCT papillaire

• œil droit :

- Vertical C/D = 0,61

- Epaisseur du bord de
la Neuro Rétine

- Epaisseur RNFL. conecete ,

- Diminution de l'épaisseur
des cellules du complexe
rétinale Ganglionnaire à Droite

• œil gauche:

- Vertical CDR 0,63
- Épaisseur de la Neuro Réti-
ne cône.
- Épaisseur RNFL cône.
- Cellules du complexe
maculaire d'épaisseur cône.

Au total:

Glaucome débutant

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. eL khail Hay M
Abdelkrim Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : **24 juin 2021** في

Mr. LAHYANE El Hadj

OCT papillaire +complexe maculaire ganglionnaire

Clinique JERRADA CM
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 89 47 48

Clinique JERRADA CM
Service de Radiologie
CASABLANCA
Tél : 05 22 89 47 48

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 30-06-2021

Facture N° 12110/21

A. Identification

N° Dossier : CJO21F30084759

N° Identifiant : 046913/21

Nom & Prénom : M. LAHYANE EL HADJ

C.I.N : B107788

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-06-2021

Date Sortie : 30-06-2021

Médecin traitant : DR. ZRYOUIL MERIEME

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	O.C.T		800,00			800,00
Total Rubrique :						800,00
PARTIE CLINIQUE :						800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						800,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

HUIT CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

Cachet et Signature