

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.

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.

Education :

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.

Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

clamation : contact@mupras.com

rise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Maladie

Dentaire

Optique

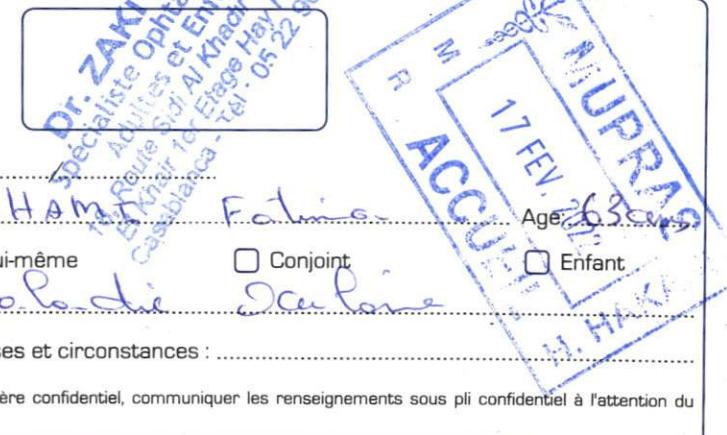
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5183 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Ad 1332
Nom & Prénom : S.HAMI Fatima
Date de naissance : 01-01-1958
Adresse : R.Sanaya, Bd Bourguigine, Anfa, Rue Ibn Sina,
KALAKIS N° 130 - Casablanca
Tél. : 06 25 90 43 20 Total des frais engagés : 3.817,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : S.HAMI Fatima

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : Maladie Enfant

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 : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2022	S		200,- DH.	<i>DR. ZAKI MOHAMMED ALI B. HADIR LOUASSA ST. ENFANTS</i> 25/01/2022. Dr. ZAKI MOHAMMED ALI B. HADIR LOUASSA ST. ENFANTS. Age 52. Pay. FASSA 05/01/2022. 22.90.15

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AVENIR Casablanca - Tél. 05 22 21 22 31	25/01/2022	817,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
TYLE Opticien 4, Bd Bourgogne Bourgogne Casas Tél: 05 22 20 30 94	30/01/22		optiq			2800,00

RELEVE 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 de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
H																		
D	G																	
B																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الدكتورة منى ذكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجية

كلية الطب

والصيدلانية الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT في رسائل

دبلوم العدسات الاصنفية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليميز

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : الدار البيضاء، في :

25 janvier 2022

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Mme SHAMI FATIMA

15

1/ OPTIVE FUSION

1 goutte x 3, 1 Mois

76,10

2/ CORNEREGEL

1 app le soir, 1 Mois

22,60

3/ FLUCON

1 goutte x 3, 10 jours

135,00 X 3

4/ EOLE DUAL

3 fois par jour apres arret d optive, 3 Mois

PHARMACIE DE L'AVENUE
Mme ZAKI
180, Bd Medecine Massa Bourgogne
Tel. 05 22 27 22 31

05 22 90 15 24 H. 24 الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél.:

E-mail : drzaki@ophtalmologuecasa.com

Cornergel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
L1MA01 / 49809E300/1-MA
Vignette

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sothema
PPV : 22,60 DHS

Remboursé AMO
406865

Barcode

6 118001 070244

Flucon collyre de 3 ml

A.M. N° 103DMP/21/NCV

Laboratoires Sothema

PPV : 22,60 DHS

Remboursé AMO
406865

PPC: 135,00

E 02 21
06 / 2021

PPC: 135,00

L 02 21
L 02 21

PPC: 135,00

E 01 21
E 02 21

PPC: 135,00

LOT
E 02 21
06 / 2024

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie
de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétinienne
de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الدكتورة منى ذكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والاطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

بجامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT بجامعة فيرساي

دبلوم العدسات اللاصقة بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

الدار البيضاء، في :

Casablanca, Le :

25 janvier 2022

Mme SHAMI FATIMA

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets

VL :anti uv

OD = + 0.75 (- 0.50 à 110°)

OG = + 0.50

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 1.75



05 22 90 15 24، تجزئة سعد الخير شارع 24 بحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél.: 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophtalmologuecasa.com

STYLE VISION

Facture

Numéro : 7222

Date : 31/01/22

Client : SHANI FATIMA

STYLE VISION – Casablanca

Catégorie	désignation	Qte	Prix unitaire	Total
VERRES	organique Antireflet (V1)	2	600	1200
	organique Antireflet (V2)	2	600	1200
Monture Optique	plastique (V1) Metalique (V1)	1	600	600
Correction	OD: +0.75 (-0.20, 110) OG: +0.20 ADD: +1.75			
			TOTAL	2825

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille huit cent dirhams

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017

IF : 14369852.CNSS :4259570.INPE : 095014692

144 Boulevard Bourgogne. Quartier Bourgogne. Casablanca. Telephone: 05.22.20.30.94
E-mail:stylevision00@gmail.com.

*STYLE VISION
Opticien Optométriste
144 Boulevard Bourgogne Casablanca
Téléphone: 05.22.20.30.94*