

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAKIR MINA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Rue 5 N° 33 ATTA DABOUR oufia (chem)

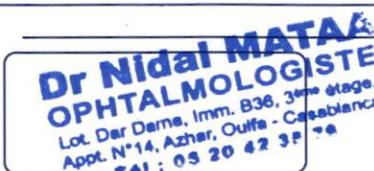
Tél. : 0604445124

Total des frais engagés : 4785,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/08/2022

Nom et prénom du malade : BAKIR MINA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Glaucome de l'ODG

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 : 10/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/08/2022	Op	1	270DH	Dr Nidal MATAA OPTOMATOLOGIST DIP. M. D. M. BSC. 3RD Dr Nidal MATAA OPTOMATOLOGIST
23/08/22	Control	1	50	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
  	10/08/22	  

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	
ARZOUK OMAR Praticien ORTHOPÉDIQUE 40 Rue 6 Haj Fateh Tunisie 1000 Tunisie	1987-02-22		ophtalme			29000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



10 août 2022

Mme BAKIR Mina

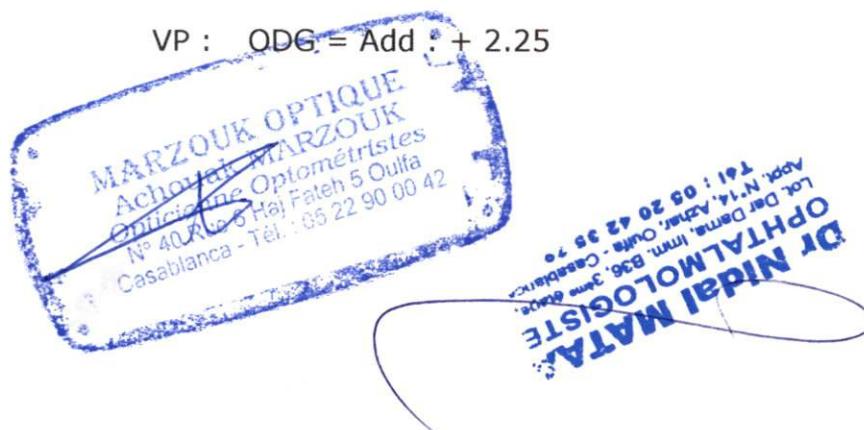
**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets+anti UV**

VL : OD = + 2.50 (- 1.00 à 125°)

OG = + 1.00 (- 2.50 à 135°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.25





خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

10 août 2022

Mme BAKIR Mina

GANFORT: COLLYRE

1 goutte par jour le soir , dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

STERDEX PD

1 app par jour , dans les deux yeux, pendant 5 jours

LIPOSIC 0.2 % GEL OPHTALMIQUE

1 app / jour, dans les deux

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

LIPOSIC
Gel ophtalmique 1%
ZENITH PHARM.
PPV: 34,00-DH
SP n° 220 DMP/21,

THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux

LUMIGAN 0.1 MG/ML COLLYRE

1 goutte par jour, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

DIAMOX 250 MG COMPRIME SECABLE

comprime secable 1/2 cp *3/jour, pendant 7 jours

KALIEFF 18 CPS CO

1 comp /j, après repas, matin

Dr Nidal MATAA
OPHTALMOLOGISTE
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3ème étage
App. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 42 35 79 - 06 88 52 84 89 - contact@csophtalmologie.ma

PPV: 203DH00
LDT 21015
PDU 02/2026

PPV: 203DH00

rost

PPV: 203DH00

فرقة الدار بارنا، عمارة B36، الطابق الثالث مع المتصعد، شقة 14 الأزهر، (مدخل فرح السلام)، الألفة - الدار البيضاء -
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3ème étage avec ascenseur, App. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca

05 20 42 35 79 06 88 52 84 89 contact@csophtalmologie.ma

MARZOUK OPTIQUE

N40 Rue 6, Haj Fatah – Casablanca
Tel : 05 22 90 00 42



095007910

DATE : 19/08/2022

FACTURE 173

CLIENT : BAKIR MINA

N de nomenclature correspondante a la prescription

OD : 407

OO : 407

	DESIGNATION	PRIX TTC
Verre 1D	organique 1.6 antireflet jafen lens	500,00
Verre 1G	organique 1.6 antireflet jafen lens	500,00
Monture 1	optique	800,00
Verre 2D	organique 1.6 antireflet indo	400,00
Verre 2G	organique 1.6 antireflet indo	400,00
Monture 2	optique	300,00

TOTAL TTC 2900,00
TOTAL HT 2416,67
VA 483,33



Arrêtée la présente facture a la somme de deux mille neuf cents dirhams