

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 1792

Société : RMA

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Balaoui

anissa

Date de naissance : 1956

Adresse : 1^e Diwan El Horra n° 2 b^e ABDEL HADIS

...boulevard ... 18000

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/11/2022

Nom et prénom du malade : Dr EL BALAOUI Anissa Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Afectio... ou lave

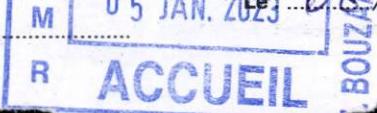
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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
28/11/22	C)	300 v		  <p>Dr. Chehimi Opticien Casablanca 22-11-2022</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/11/22	178,10
	28/11/22	178,10

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
681511700	03/12/22	laser YAC	1500 DH
		fracture	500 DH
		taus Med	1000 DH
		HELVÉTIQUE	
		TURQUOISE	
		QUE AL MADIN	
		casab	
		10049	

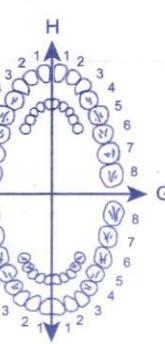
~~AUXILIARIES MÉTALLIQUES~~

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 l'ODF.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;">[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 DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur C. HELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

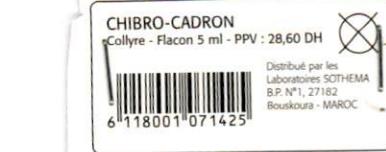


28 novembre 2022

Madame EL BAROUDI Anissa

28.60 28.60

PHARMACIE DE LA WILAYA
DU GRAND CASABLANCA
45, AVENUE HASSAN 2 - Casablanca
Tél: 05 22 23 07 95
I.C.E: 05 22 23 07 95
S.V.



INDOCOLLYRE 0.1% عبار H8041
Collyre 5ml FAB/ تبرير الصناع 01-2022
ZENITH PHARMA EXP/ ٠٦٢٠٢٣
ANM N°155/19/DMP/21/NRQDNM ٠٦-٢٠٢٣
6118001270088 PPV : 58,00 DHS



- CHIBRO-CADRON COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil gauche, pendant 15 jours

58.00 58.00

S.V.

- INDOCOLLYRE 0.1 % COLLYRE

1 goutte, le matin le midi et soir, dans l'oeil gauche, pendant 15 jours

91.50 91.50

S.V.

- ALPHAGAN COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans l'oeil gauche, pendant 15 jours

8 H / 20 H 91.50

S.V.

A DEBUTER LA VEILLE DU LASER YAG OG

178.10



82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2ème étage - Palmiers - Casablanca

📞 : 05 22 25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

Docteur C. HELLY Chafik
Ophtalmologue
82, Rue Soumaya (Imme. Fiat)
Casablanca - Palmiers - Casablanca
Tél: 05 22 25 83 70
05 22 23 30 53 / 05 22 22 25 83 70
05 22 98 47 84
06 52 10 00 12 / 06 61 33 04 44

82، زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عماره فيات & جيب - الطابق الثاني هي - التخليل الدار البيضاء

05 22 25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

06 52.10.00.12 : 06 61.33.04.44

INDOCOLLYRE 0,1%
Colyre 5ml
ZENITH PHARMA
AMM N°155/18/DMP/21/NRQDNM



PPV : 58,00 DHS



Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسييليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

Le 03/14/2022

Mⁿ - El BARoudi Amia

Docteur YALI OD
Charge de la cataracte en 2019 -

Opacification capsulaire postérieure OA

- Anesthésie Epine

- ferme mydriase

- G impact en X, sur le capsule
(post.) avec energie à 2^{mm}J.

Capsule déprise
en place au autre - Chyleau CL



82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

⌚ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.29.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - التخليل الدار البيضاء

⌚ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

06 52.10.00.12 : ⌚ 06 61.33.04.44

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
 Chirurgie de la la Cataracte - Strabisme
 Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
 Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
 جراحة المياه البيضاء - الحول
 القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية
 جمع فحوصات العين

28 novembre 2022

Madame EL BAROUDI Anissa

LASER YAG OG

LE SAMEDI 3 DECEMBRE 2022 A 8 H

A LA CLINIQUE AL MADINA
 CALIFORNIE
 TEL 05 - 22 - 77 - 77 - 40
 20100 CASABLANCA



NE PAS ETRE A JEUN

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
 Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
 ☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
 Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12



82، زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2
 عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني هي - التخليل الدار البيضاء
 ☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
 مساعجلات : 06 61.33.04.44 ☎ : 06 52.10.00.12

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

Nº: 12625 / 2022 du 03/12/2022

Nom patient **EL BAROUDI ANISSA
PAYANT**

Entrée 03/12/2022
Sortie 03/12/2022

LASER YAG

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	LASER YAG	1,00		500,00	500,00
			<i>Sous-Total</i>		500,00
Total Clinique					500,00

DR. CHELLY CHAFIK (ophtalmologue)	LASER YAG	1,00	1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
Total Autres prestations				1 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Total 1 500 00

Compte bancaire : AWB 00778000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

Docteur HELLY Chafik
Optométriste
82, Rue Sidi Abdellah (Imme. Fiat)
Quartier des Jardins Casablanca
Tél : 05 22 43 30 53 / 05 22 25 83 70
Fax : 05 22 47 84
N° de Sécurité sociale : 1040931

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 77 77 11 ~