

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.

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



156 127

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009410

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1626 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BAKIR NINA Date de naissance : 01/01/1952
Adresse : Rue 5 N° 33 ATTADANOU oulfa (Cherif)
Tél. : 0604445124 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2023
Nom et prénom du malade : M. BAKIR NINA Age : 71 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer
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 : 18/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

ACCUEIL

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
19/03/23	CS	1	200DH	
28/03/23	CT	1	GR	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/03/23	386,50
	28/03/23	828,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/03/23	OC	1000,00

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 tenu 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 canaux, 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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Dr Nidal MATAA

OPHTALMOLOGISTE

Adultes & Enfants



د. نضال متاع

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

28 mars 2023

Mme BAKIR Mina

GANFORT ou LAXAMOL: COLLYRE

1 goutte par jour le soir , dans les deux yeux, pendant 4 Mois

XAILIN NIGHT

1 app le soir , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

VISNEUROX

1 goutte *3 par jour , dans les deux yeux pendant 2 à 3 m

ZENITH Pharma

PPV: 89,50 DH

ZENITH Pharma

PPV: 89,50 DH

ZENITH Pharma

PPV: 89,50 DH

ZENITH Pharma
PPV: 89,50 DH

OPHTALMED

PPC

83.00 DHS

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ilmou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 129.00

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ilmou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 129.00

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubair Ilmou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 129.00

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0622 93 10 28

Dr Nidal MATAA
OPHTALMOLOGISTE
Lot. Dar Darna Imm. B36, 3ème étage,
Appt. N°14 Azhar Oulfa - Casablanca
Tél: 06 20 42 35 79

تجزئة الدار دارنا، عمارة B36، الطابق الثالث مع المصعد، شقة 14 الأزهر، (مدخل فرح السلام)، الألفة - الدار البيضاء

Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3ème étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca

☎ 05 20 42 35 79 📞 06 88 52 84 89 ✉ contact@csophthalmologie.ma

Dr Nidal MATAA

OPHTALMOLOGISTE

Adultes & Enfants



د. نضال متاع

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

18 mars 2023

Mme BAKIR Mina

STERDEX PD

1 app par jour le soir avant le coucher, dans les deux yeux, pendant 8 jours

XAILIN NIGHT

1 app le soir, dans les deux yeux

OTAD 0.1

1 goutte 2 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

GANFORT: COLLYRE

1 goutte par jour le soir, dans les deux yeux, pendant 4 Mois à ne pas arrêter sans avis médical

STERDEX
pommade ophtalmique
Dexaméthasone 0.067 mg /
Oxytétracycline 1.335 mg
ppv : 26.40 DH

**OPHTALMED
PPC
83.00 DHS**

Lot N° : 36200492

EXP : 04/2024

PPV : 50DH10

ppv: 227DH00

تجزة الدار دارنا، عمارة B36، الطابق الثالث مع المصعد، شقة 14 الأزهر، (مدخل فرح السلام)، الألفه - الدار البيضاء
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3^{ème} étage avec ascenseur, Appt. N°14, Azhar, (Entrée Farah Essalam), Oulfa - Casablanca

☎ 05 20 42 35 79 ☎ 06 88 52 84 89 ✉ contact@csophthalmologie.ma

Dr Nidal MATAA

OPHTALMOLOGISTE

Adultes & Enfants



د. نضال متاع

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

10 août 2022

Mme BAKIR Mina

OCT maculaire et du nerf optique avec complexe ganglionnaire
glaucome de l'OG /Opérée pour MEM OG

CLINIQUE STENDHAL
18, Avenue Stendhal, CM
- Casablanca -
Tél.: 05 22 47 15 94 - Fax: 05 22 99 34 51

Dr Nidal MATAA
OPHTALMOLOGISTE
Lot. Dar Darna, Imm. B36, 3^{ème} étage,
Appt. N°14, Azhar, Oulfa - Casablanca
Tél : 05 20 42 35 79

F A C T U R E

N° **133** / 2023 du **16/03/2023**

Nom patient	BAKIR MINA	Entrée 16/03/2023	Sortie 16/03/2023
Prise en charge	PAYANT		

OCT

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
OCT	1,00		1 000,00	1 000,00
			Sous-Total	1 000,00
Total				1 000,00

	Total général	1 000,00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		
MILLE DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 000,00				1 000,00	0,00


CLINIQUE STENDHAL
 18, Avenue Stendhal - Casablanca -
 Tél : 05 22 47 15 94 - Fax : 05 22 99 34 51

CLINIQUE STENDHAL - SARL AU

18, Avenue Stendhal – Cité Plateau – Casablanca – Tél : 05 22.47.15.94 – Fax 05 22.99.34.51
 Patente N° : 34701064 – Ident. Fisc. : 20697395 – C.N.S.S. : 5200738 – ICE : 01754572000095
 R.C. : 362219 – E-mail : ophtalmologie@cliniquestendhal.com