

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

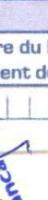
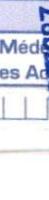
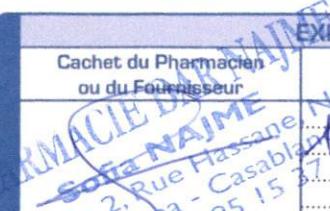


Déclaration de Maladie

N° W21-809975

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1582			
Société : RAT			
Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : SEFFAR HABIB			
Date de naissance : 8.10.52			
Adresse : 661 330 64			
Tél. : 6276, 80 Total des frais engagés : 6276, 80 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : MUPRAS			
Date de consultation : 18/08/2023			
Nom et prénom du malade : SEFFAR HABIB			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie de l'œil			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AOUT 2023			
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 20/08/2023			
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 accompagné du Paiement des Actes		
13/07/23	CS		250,00	  		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
 PHARMACIE DE NAJME Sofia 2, Rue Hassane N° 1 Casablanca Hay El Hana - Casablanca Tel: 0522 95 15 37	13/07/23	226,50				
ANALYSES - RADIOPHYSIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
08/08/2023						5800,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)														
				INP : <input type="text"/>														
				Coefficient des travaux <input type="text"/>														
				Montants des soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000																		
35533411																		
B	11433553																	
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																
		Montants des soins <input type="text"/>																
		Date du devis <input type="text"/>																
		Date de l'exécution <input type="text"/>																

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophthalmologie

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 rétinianes
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 زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سايسا

خريجة كلية الطب

والصادقة 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

Casablanca, Le :

الدار البيضاء، في :

13 juillet 2023

Mr. SEFFAR Habib

TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,30,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N°: 455/18 DMP/ 21/ NRQ

6 118001 070602
690206 MA

1/ PHYSIO SERUM OCULAIRE

lavage oculaire 3 à 4 x/j, les deux yeux, 15 jours

54,40

2/ TOBRADEX : pde

1 application / jour, le soir au coucher, les deux yeux, 15 jours

35,70

3/ TOBRADEX: COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour, les deux yeux, 10 jours

36,50

4/ CHIBROXINE: COLLYRE

1 goutte 4 fois jour, les deux yeux, 10 jours

99,90

5/ OCUYAL GEL

5 fois par jour, les deux yeux, 3 Mois

226,50

6 118001 070596
Laboratoires Sothema Bouskoura
Tobradex® 0,30,1% collyre en suspension, 5 ml
AMM N°: 524/18 DMP/ 21/ NTO
Boîte de 1 flacon.
PPV : 35,70 DH
406836 MA

6 118001 070817
CHIBROXINE 0,3%
Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1 Bouskoura - 27182 MAROC

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (Tél + WhatsApp)

18, تجزئة سعد الخير شارع 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lottissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay
Hassani - Casablanca

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophthalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interné 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 زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والاطفال

طببية داخلية مستشفى ابن رشد سابقا

جراحية 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 الاصطناعية بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

Casablanca, Le : الدار البيضاء، في :

13 juillet 2023

Mr. SEFFAR Habib

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = + 2.25 (- 0.50 à 95°)

OG = + 2.25

VP :

ODG = Add : + 2.75

Dr. ZAKI MONA
Spécialiste en Oculiste
18, Route Sidi Aïcha
1er étage, 1020 Casablanca
Téléphone : 0522 90 15 24
Email : zaki.mona.ak@gmail.com

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (Tél + WhatsApp)

18, شارع حسيبي العزيز - حسيبي العزيز - 24 - حسيبي العزيز - 18

18, شارع حسيبي العزيز - حسيبي العزيز - 24 - حسيبي العزيز - 18

18, شارع حسيبي العزيز - حسيبي العزيز - 24 - حسيبي العزيز - 18

OPTICAL GALERIE
HAY HASSANI

Le: 08/08/2023

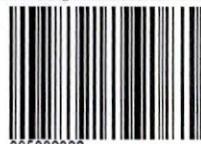
FACTURE NUM 230001371

MR SEFFAR HABIB

Quantité	Désignations	Prix Unitaire	Prix Global
1	Monture optique	1000.00	1000.00
2	Verres correcteurs organiques progressifs antireflets anti lumière bleue OD : +2.25 (-0.50 à 95°) OG : +2.25 ADD : +2.75	2400.00	4800.00
			5800.00

Modalité de paiement : espèce

Cinq mille huit cent dirhams.



095002382

ALAINAFFLELOU
 OPTICAL GALERIE
 HAY HASSANI
 Casablanca
 095002382

Siège Social : Centre Commercial Marjane Hay Hassani - Casablanca
 R.C : 181571 – Taxe Professionnelle : 37988710 – I.F : 40169259
 C.N.S.S : 7786778 – ICE : 000102167000074

Tel/Fax: 212 522 913 344 - GSM: 0662 523 694 - e-mail: opticalhayhassani@gmail.com