

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 Bakir 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° P19- 050595

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3697 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELMLOUKHI Mohammed
 Date de naissance : 25-11-1959
 Adresse : CITE ESSALAM GKG Imm 39
 APPT 9 EL OULEA CASABLANCA
 Tél. : 06 22 48 7455 Total des frais engagés : 2544,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : JEMM AL KHANZI Age:
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Affection oculaire
 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 : 20/02/2024
 Signature de l'adhérent(e) :

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
27 Janv 2024	Ca	300m		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29-1-2024	46,00 dl

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	
	25/01/24					2209,00 dl

unr facture ci jointe

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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	
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Maha IRAQI

Ophtalmologiste

Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
Ex. médecin à l'Hôpital Al Hassani
Diplôme d'OCT en Ophtalmologie
Diplôme de Chirurgie Réfractive
et de Phacoémulsification à l'Université
de Toulouse
Diplômé d'Oeil et Médecine Interne
et de Neuro-Ophtalmologie
Diplôme de Contactologie à l'Université
de Bordeaux



الدكتورة عراقية مها
إختصاصية في طب و جراحة العيون

طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الإستشفائي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الحسيني

Casablanca, le **22 janvier 2024**

Mme JEMMAL Khadija

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs Organiques
Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = - 5.00 (- 1.25 à 140°)

OG = - 3.75 (- 1.00 à 25°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

Vision de près : ODG = Add : + 2.25

1/ SICCAPROTECT : collyre

1goutte 3 à 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

سيدي أوفيس - شارع واد لو - حي ميسمي - الطابق الثامن - مكتب س 6 - (مقابل مرجان الحي الحسني) - الدار البيضاء
City Office - Bd. Oued Laou - Quartier Missimi - 3 ème Etage - Bureau C6 - (en face Marjane Hay Hassani) - Casablanca
Tél : 05 22 91 13 38 : الهاتف - GSM : 06 78 75 89 89 : المحمول - E-mail : iraqimaha@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

STERIPHARMA

ANM : 25/5/17 DMP/21/NRO

PPV : 22,00 DH

Lire attentivement la notice

Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinylique

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

Composition:	Par ml
- Dexpanthénol	30 mg
- Alcool polyvinylique	14 mg

Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

Mode d'action:

Larme artificielle

Indications:

Traitement symptomatique du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

Précautions d'emploi:

Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles).

Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne

doivent être remises que 15 minutes plus tard.



STERIPHARMA

ANM : 25/5/17 DMP/21/NRO

PPV : 22,00 DH

Lire attentivement la notice

Siccaprotect® Collyre

Dexpanthénol et Alcool polyvinylique

Collyre: Flacon compte-gouttes de 10 ml

Composition:	Par ml
- Dexpanthénol	30 mg
- Alcool polyvinylique	14 mg

Excipients:

Phosphate monopotassique, phosphate dipotassique, eau pour préparations injectables.

Excipient à effet notoire:

Chlorure de benzalkonium.

Mode d'action:

Larme artificielle

Indications:

Traitement symptomatique du dessèchement cornéen et conjonctival suite à des troubles de la sécrétion lacrymale dus soit à une affection topique ou systémique soit à une fermeture insuffisante de la paupière.

Humidification des lentilles de contact dures lors de l'utilisation.

Contre-indications:

Hypersensibilité à l'un des composants.

Précautions d'emploi:

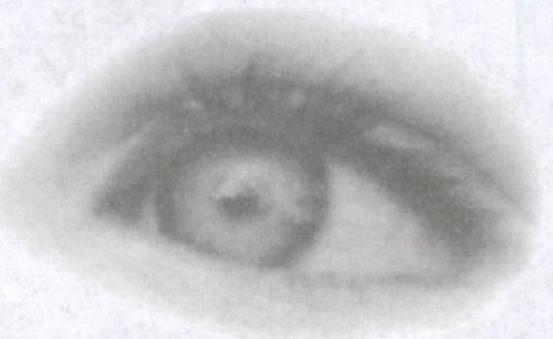
Le collyre Siccaprotect® ne doit pas être appliqué lors du port de lentilles de contact souple (hydrophiles).

Les lentilles de contact souples doivent être enlevées avant l'instillation du collyre Siccaprotect® et ne

doivent être remises que 15 minutes plus tard.



TAHIRI OPTIC



FACTURE N° 005/2024

M : FEMMAL KHAOUJA

Casablanca, le : 25/01/2024

N° de nomenclature correspondant à la prescription du Docteur <i>IRASI</i>	Vision de loin OD : OG :	Vision de près OD : OG :	Double foyer OD : OG :	Supplément
--	--	--	--	------------

Fourniture :		
Monture	<i>optique</i>	<i>1000,00</i>
Verres	<i>organiques sans revêtement traité antireflets</i>	<i>900,00</i>
Monture	<i>optique</i>	
Verres	<i>organiques sans revêtement traité antireflets</i>	<i>300,00</i>
<div>TAHIRI OPTIC ASMAA TAHIRI OPTICIENNE OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE 316 BD OUM RABII EL OULFA CASA Tél / FAX : 05 22 91 33 36</div>		
TOTAL TTC dont TVA 20%		<i>2200,00</i>

La présente facture est arrêtée à la somme de : *Deux mille Deux Cents D4*