

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 canaires, 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 canalaire.

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.

bekhida@yahoo.fr

Déclaration de Maladie

N° W19-552343

51950



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 3102 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : CHAHID BA SIDI

Date de naissance : 01/07/1946

Adresse : 216 LOT. MOUJAWAKIL DAR BOUAZZA CASABLANCA

Tél. : 067 355 1862 Total des frais engagés : 17816

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : BA SIDI CHAHID

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Maladie de la peau

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 : 12/11/2020

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
R.11.12.20	S		200 + D.H	INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				ZAKHARIE SOUFIEN EL KHAOUYI du 15/05/2023 à Tizi Ouzou

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Saad BOUJEDDINE KOUNACHE PHARMACIE D'OUAZZA KOUCH LAHALEF - 96 - 52 - 54 Tél: 024 - 85 - 02 - 19 Fax: 024 - 85 - 02 - 19</i>	<i>12/11/2022</i>	<i>81,60</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Désignation et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
JOUE MILIE POUR CHIEN VETICEN TOMOGRAPHE	25/11/90					17000 F

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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	INP : <input type="text"/>														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT 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 style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction)																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie
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



الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيدلة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

Chirurgie des Yeux

DIU d'Imagerie et de pathologies rétiennnes
de La faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Retractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

Casablanca, Le :

12 novembre 2020

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

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

44,40

Mr. BASIDI CHAHID

1/ CELLUVISC COLLYRE



37,20 1 goutte 3 fois par jour et à la demande

2/ PHYSIODOSE 12 UNIDOSES 5 ML



lavage oculaire après massage

81,60

PPC: 37,20 DH
ZENTH Pharma

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Collyre en récipient unidose

6118001 251414

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

Dr. ZAKI MO[®]
Spécialiste Ophtalmique
Adultes et Enfants
18, Route Sidi Al Khair Lot 500
El Khair 1er Etage Hay Hassani
Casablanca - Tel. 05 22 90 15 24

Grand Bouskoura Martini
PHARMACIE SAAD EL KOUCH
LAHLAFIA 1000 ZA 52 - 54
DAR EL HAMRA - 1000
Tél: 022 90 15 24
GSM: 066 12 12 12

05 22 90 15 24 ، تجزئة سعد الخير شارع 24 H.H الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

18, Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophthalmologuecasa.com



Optique 1000%

Opticien - Optométriste

FACTURE N° : 007298

Date : 25/11/20

Mr : Basidi Ph.D.
Docteur :

Type des Verres : Progressif Antireflet
A minci 14.00

Monture : Optique 300DH

*Vision de Loin :

OD Axe Cyl Sph -0.25

OD Axe 120° cyl 1.00 Sph +0.25

*Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OD Axe Cyl Sph

Add : ODG : +2.00

Montant : 17.00 DH

Arrêtée la Présente Facture à la Somme de :

Mille Sept cent DH

N° 425 Centre -Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 00183400001810 - IF: 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - PATENTE : 30057211

Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophtalmologie

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 rétiennes
de La faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de La faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Retractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil

الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والأطفال

طبية داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيادة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أ مراض 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 : 12 novembre 2020 الدار البيضاء في

Mr. BASIDI CHAHID

Monture + verres correcteurs progressifs

Organiques Antireflets

VL :

OD = - 0.25

OG = + 0.25 (- 1.00 à 120°)

VP :

ODG = Add : + 2.00

OPTIQUE MILLE POUR CENT
OPTICIEN
OPTOMETRISTE

Dr. ZAKI Mona
Spécialiste Ophtalmologue
Adultes et Enfants
18, Route Sidi Al Khadir Lot. Saâd
El Khair 1er Etage Hay Hassani
Casablanca - Tel. : 05 22 90 15 24

18. تجزئة سعد الخير شارع 24 الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 90 15 24

18, Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 15 24

E-mail : drzaki@ophthalmologuecasa.com