

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.



Déclaration de Maladie
M23-009467

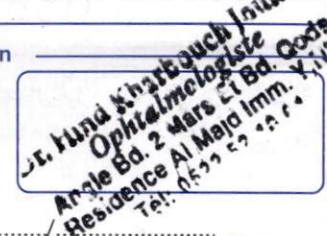
☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1909 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUTLOU BRAHIM
Date de naissance : 15/01/1956
Adresse : 09 portes California résidence dubac
Imm 8 Appl n° 10 Ain chock casa.
Tél. 0673 178484 Total des frais engagés : 1245,00f Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :
Nom et prénom du malade : OUTLOU BRAHIM Age : 67ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 15 / 11 / 23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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'El
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
25 OCT. 2023	C		25000	<i>(Signature)</i> Dr. Khartoum Khartoum Ophthalmologiste Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qd. Residence Al Mayo Imm. Y Tél. 022 51 14 14

9

250th

Net et signature du Médecin
 constatant le Paiement des Actes

Dr. Khouboult Prandy
Ophthalmologiste
 Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
 Residence Al Majd Imm. Y. 11°
 Tél. 022 57 44 49

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/23	995.00

Date _____

Montant de la Facture

28/10/23

995.00

092058908

[illegible]

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

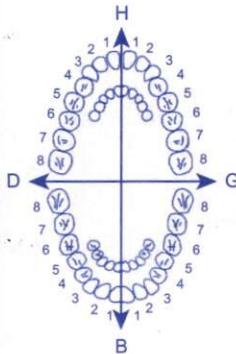
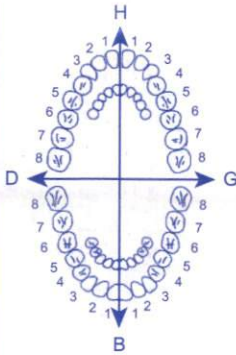
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction)											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION									

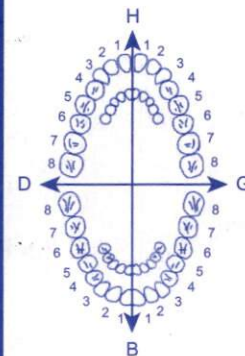
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

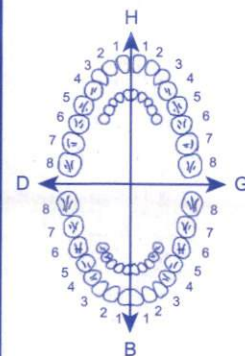
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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

Dr Hind KHARBOUCH

Spécialiste en Ophtalmologie

Chirurgie de la cataracte par phaco

Chirurgie réfractive - Angiographie - Laser

Strabisme - Glaucome - Lentilles de contact



د. هند خربوش

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة بالأمواف فوق الصوتية

معالجة قصر البصر بالليزر

تصوير أوعية الشبكة واللاز

الحوار - الضغط - العدسات اللاصقة

Ordonnance

Casablanca le : 25 octobre 2023

Mr OUTLOU BRAHIM

$227100 \times 3 = 681100$

GANFORT

1 GOUTTE PAR JOUR LE SOIR A 21 H, dans les deux yeux,
pendant 3 Mois

$157100 \times 2 = 314100$

THEALOSE

1 goutte 2 x/j pendant 3 mois les 2 yeux
2 boite, dans les deux yeux

995100

Dr. Hind Kharbouch Joudy
Ophtalmologiste
Angle Bd. 2 Mars Et Bd. Qods
Residence Al Majd Imm. Y, 11°



**GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

Flacon de 3 ml

Lot

FAB:

EXP:



**GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

Flacon de 3 ml

Lot

FAB:

EXP:



 **GANFORT**

0,3 mg/ml + 5 mg/ml
collyre en solution
bimatoprost/timolol

PPV : 227DH00

Voie oculaire

Flacon de 3 ml

Lot

FAB:

EXP:

STERILE A



تاريخ أول فتح
Date de première ouverture

STERILE A



تاريخ أول فتح
Date de première ouverture

25°C

تيالوز[®]

تريالوز 3 %

هياالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين

يحمي، يميّه ويزلق سطح
العين

10 مل



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOFHEMA
B.P. N°1, 27182 Boukoura - Maroc
N° Homologation Maroc : 1573/2016/DMP/20/DH
PPC : 147,00 DH

VR2762C10MAR/0919



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOFHEMA
B.P. N°1, 27182 Boukoura - Maroc
PPC : 157,00 DH



VR2762C10MAR/0722



Détenteur de la décision d'homologation :

Laboratoires Théa
12, rue Louis Blénot
63017 - Clermont-Ferrand Cedex 2
France

صاحب شهادة المستلزم الطبي:

مخابر تيكا
12، شارع لويس بلنوت
63017 كليرمون فيرون - سينيكس 2 فرنسا

بدون مادة حافظة

Théa CE 04

Théa CE 0459