

# 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.

## Diagnostic 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 canaux, 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 canaux.

## 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

N° P19- 060458

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAO AHMED

Date de naissance : 01.01.1964

Adresse : 396 NAWRASSA BOU AZZA - CASA

Tél : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2016

Nom et prénom du malade : EL MAELI EL BATAIL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affective oculaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



# 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
28.2.20	G.A.		3000R	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Sead BOUZIANE WARTINI PHARMACEUTICAL OUMRANE LAHLALFA DAR BOUAZZA Tél: 022.96.52.54 GSM: 061.85.02.15	18/2/2020	284160

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

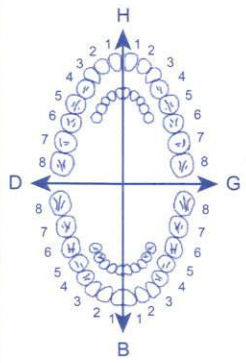
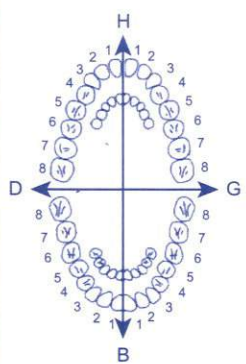
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BOUKHRISSA Mounia**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Chirurgie de cataracte • Maladies rétinienues  
Strabisme • Laser • Echographie • Angiographie  
Lentilles de contact



**الدكتورة بوخريصا مونية**

**طبيبة العيون**

خريجة كلية الطب  
بباريس

جراحة الجلالة • أمراض الشبكية  
الحول • الليزر • تصوير الشبكية  
العدسات اللاصقة

le vendredi 28 février 2020

**Madame El Batoul El Malki**

DANS LES DEUX YEUX :

DANS LES DEUX YEUX :

78120 x 2 = 156.40  
ZALERG COLLYRE : 1 Goutte x 2 / j pendant 2 mois

44140 x 3 = 133.20  
Celluvisc : 1 Goutte X 4 / J pendant 2 mois

GSM: 061 - 85 - 02 - 19

Tél: 021 - 86 - 52 - 64

284160

Seed BOUKHRISSA MOUNIA  
PHARMACIE - DAR KOUCH  
LAHLAL - DAR KOUCH  
Tél: 021 - 86 - 52 - 64  
GSM: 061 - 85 - 02 - 19

Dr BOUKHRISSA MOUNIA  
Ophtalmologiste  
Clinique Nour d'Ophtalmologie  
25, Route des Facultés,  
Oasis, Lot Gnymer - Casablanca  
Tél: 05 22 23 49 89 LG  
Fax: 06 82 90 23 86  
E-mail: boukhrissamounia@yahoo.fr

**Zalerg** 0,25 mg/ml  
Collyre en solution 5 ml  
Kétotifène - Voie ophtalmique  
Liste II  
Zalerg  
محلول قطرات للعين 5 مل  
كيتوتيفين - عن طريق العين  
القائمة II  
Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعات الموصوفة  
Thea

Lot / Fab / Exp  
6L19 / 10 2019 / 09 2021

ET1210C5MAC/1213  
22321600

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**  
Collyre en récipient unidose  
6 118001 030095  
PPV:44DH40  
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**  
Collyre en récipient unidose  
6 118001 030095  
PPV:44DH40  
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CELLUVISC® 4mg/0.4ml**  
Collyre en récipient unidose  
6 118001 030095  
PPV:44DH40  
Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

**CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE مصححة النور للعيون**

Clinique Nour d'Ophtalmologie 25, Route des Facultés,  
Oasis, Lot Gnymer - Casablanca **Téléphone:** 05 22 23 49 89 LG  
**Fax:** 05 22 23 49 87 - **GSM:** 06 82 90 23 86  
**E-mail:** boukhrissamounia@yahoo.fr

مصحة النور للعيون : 25 ، طريق الجامعات ،  
الوازي ، تجزئة كنيمر - الدار البيضاء - **الهاتف :** 05 22 23 49 89 LG  
**الفاكس :** 06 82 90 23 86 - **المحمول :** 05 22 23 49 87  
**البريد الإلكتروني :** boukhrissamounia@yahoo.fr