

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° W19-562752

47495

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 3462

Société : Royal Air Maroc

Pensionné(e)

Nom & Prénom : SAUSSI LAHOUCINE

Date de naissance : 30.06.1946

Adresse : Avenue HASSAN 02 Rue Mly Abdelhafid

NR. 07 Hay El HASSANI Caïrouane 20000

Tél. : 06.67.19.73.83

Total des frais engagés : 1594 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. GOURRAM Mohamed

OPHTALMOLOGISTE

Angle Rue de Marrakech Lot TLDI

Tél. : 05 28 82 36 87 AGADIR

17 AOUT 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements les plus confidentiels 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

16 NOV. 2020

ACCUEIL

DR. GOURRAM

MEDICAL

DR. GOURRAM

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-562752

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
11 AOUT 2028	2	200		<p>041067828</p> <p>Dr. GOURRAM Mohamed</p> <p>OPHTHALMOLOGISTE</p> <p>Angle Rue de Marrakech Lot TILD</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>MAISON PHARMACEUTIQUE DOUANIER 1, Rue Anatole France 78600 Le Chesnay</i>	17.08.20	44,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
<i>ANASS OPTIQUE Opticien Uptométriste Bd. Biranzaraka N° 303 Deheliha</i>	12/08/20					<i>ANASS OPTIQUE Opticien Uptométriste Bd. Biranzaraka N° 303 Deheliha</i>

VOLET ADHERENT

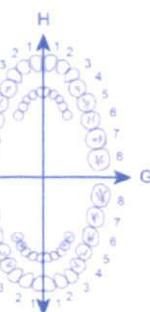
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
		G															
<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																	

ANASS OPTIQUE

Bd : Bir Anzarane N° 303 Dcheira
 Tél : 05 28 27 05 12 - Fax : 05 28 27 18 16
 R.C : 9734 - Patente : 49710037
 T.V.A : 28073



بصريات أنس

شارع بدر أنزاران رقم 303 - الشيرورة
 الهاتف 05 28 27 18 16 - المكنس 05 28 27 05 12
 س.ت. 49710037 - باتننا 9734
 مدن.ق.م 28073

INPE : 045009495
 IF : 76217735
 ICE : 001878798000059

Facture 0000677

Date: 17/08/2022
 Doit: SOUSSI LA HOUCINE

Qté	Désignation	P.U	P.Total
1	17031ture.	300,00	300,00
2	Verres Correction. Progressifs	500,00	1000,00
	<i>ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Bir Anzarane N° 303 Dcheira</i>	<i>ANASS OPTIQUE Opticien Optométriste Bd. Bir Anzarane N° 303 Dcheira</i>	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

170000	P.Total	1300,00
	Dont T.V.A	

التركيبة :

كل 1 مل من محلول متساوي التوثر
ديكسابانتينول 30 مل
بولي فينيل الكحول 14 مل
السواغات معروفة التاثير:
كلوريد البنز الكوبنيوم 0,05 مل

يرجى قراءة هذه التسراة بعناية! لا تترك الأدوية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنية.

سيكار وتك (م)

ديكسابانتينول و بولي فينيل الكحول

10 مل من قطرات العين
للغرس في كيس الملتحمة

ارصادارم

Laboratoires STERIPHARMA
Cinéma n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Pharmacien

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353

Steripharma
Prix: 22,00 dh

التركيبة :

كل 1 مل من محلول متساوي التوثر
ديكسابانتينول 30 مل
بولي فينيل الكحول 14 مل
السواغات معروفة التاثير:
كلوريد البنزوكونيوم 0,05 مل

يرجى قراءة هذه التسراة بعناية! لا تترك الأدوية
في متناول الأطفال! يجب تخزين هذا الدواء
في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية يستخدم
في غضون 6 أسابيع بعد فتح القنية.

سيكار وتك (م)

ديكسابانتينول و بولي فينيل الكحول

10 مل من قطرات العين
للغرس في كيس الملتحمة

ارصادارم

Laboratoires STERIPHARMA
Cinéma n° 347 Sidi Maârouf
Casablanca - Maroc
Pharmacien

Siccaprotect®
30 mg / 14 mg

Flacon 10 ml



6 118001 110353

Steripharma
Prix: 22,00 dh

Dr Mohamed GOURRAM
Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور محمد كرام
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بمنيولبي

Le 17/08/2020

Mr SOUSSI Lahoucine.

22,00*2

SICCAPROTECT

1 goutte, 3 fois par jour,

pendant 1 mois,

44,00



PHARMACIE DCHIRIA
Dr. RADOUA DCHIRIA
339 Bd. de Marrakech
Boulevard de Marrakech
Agadir 80000
Patente: 3971623/5/95

Dr. GOURRAM Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
Angle Rue de Marrakech Lot TILDI
Tél: 82.36.87 AGADIR

ملتقى زنقة مراكش - تجزئة تيلضي - أكادير

Angle Rue de Marrakech, Lotissement Tildi - AGADIR

الهاتف / الفاكس : 05 28 82 36 87

Dr Mohamed GOURRAM
Ophtalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Maladies et Chirurgie des yeux



الدكتور محمد كرام

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمنبوليبي

ICE : 00165803200091

AGADIR LE 17 AOUT 2020

FACTURE

M..... م. محمد

C2 : 250DH

Arrêtée la présente note à la somme de
DEUX CENTS CINQUANTE DIRHAMS

Dr. GOURRAM Mohamed
OPHTALMOLOGISTE
Angle Rue de Marrakech Lot TILD
Tél.: 05 28 82 36 87 AGADIR

ملحقى زنقة مراكش - تجزنة تيلضى - أكادير

Angle Rue de Marrakech, Lottissement Tildi - AGADIR

الهاتف / الفاكس : 05 28 82 36 87