

## 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.

N° W21-720236

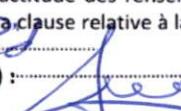
138465

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08652	Société : R.A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : M AAROUFI MUSTAPHA			
Date de naissance : 10/01/1970			
Adresse : N° 14 IMPASS ABUDAR AL GHAFIKA HAY EZZAHRA, BERRECHID			
Tél. : 0670 56 20 56	Total des frais engagés : 1173,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Dr. ABEDDOU Samaa Ophthalmologiste INPE : 101199883			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/08/2022			
Nom et prénom du malade : M AAROUFI ASMAA Age: 25 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Unite antérieure			
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 : Berrechid

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 04/11/2022



KH. HAMDI

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
04/10/22	CS		300,00	IN 1191443333
27/10/22	CI		6	Dr. AHMED BEN MOHAMED
29/10/22	CI			OPHTHALMOLOGIST
30/10/22				DR. AHMED BEN MOHAMED

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<b>PHARMACIE SOBA</b> SARL AU Rue Ooba, Agdal - Maroc Tél. : + (212) 5 37 77 26 99	29/07/22 22/08/22	225.00 610.00	
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments: Mastication, Functional, Therapeutic, necessary to the profession)	<b>Coefficient</b> (Coefficient table for Mastication)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DÉBUT D'EXÉCUTION																
				FIN D'EXÉCUTION																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DATE DU DEVIS																
				DATE DE L'EXÉCUTION																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	G			
H		25533412	21433552																	
D		00000000	00000000																	
B		35533411	11433553																	
G																				

**OPHTALMOCLINIC NOOR**  
10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat  
Tél : 0537 911 911

## Reçu de caisse

N° : 220804110357CH / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22H041103	MAAROUFI ASMAA	04/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par : CHAFAI

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
10, Avenue des Nations Unies,  
Agdal, Rabat  
Tél : 0537 911 911 (C1)

23 septembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

*144.10*  
VISMED



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

*126.10*  
COSOPT: COLLYRE



1 goutte 2 fois / jour matin et soir, dans l'œil gauche, pendant 3 Mois

LOT W005198 2  
EXP 10 2023  
PPV 126.10 DH

LOT W014617 2  
EXP 12 2023  
PPV 126.10 DH

LOT W014617 1  
EXP 12 2023  
PPV 126.10 DH

LOT W014617 1  
EXP 12 2023  
PPV 126.10 DH

OPHTALMOCLINIC NOOR

مصحة العيون النور

10, شارع الأمم المتحدة ، أكدال ، الرباط

0537 911 911

contact@ocn.ma

www.ocn.ma

Pharmacie  
EL-ZAHRA TOP SANTÉ SARL AU  
62, Bd Hassan II boulevard Tabithay Ezzahra  
Berrechid - Tel: 0522 32 80 39

Dr. AHBEDDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
Agdal - Rabat  
10, Avenue des Nations Unies,  
Tél: 0537 911 911 (Ex)

Dr. AHBEDDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

29 août 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

112.00 X 2

LOTEMAX COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour 8 jours  
 1 goutte 3 fois par jour 8 jours  
 1 goutte 2 fois par jour 8 jours  
 1 goutte / jour 2 semaines  
 , dans les deux yeux



OPHTALMOCLINIC NOOR SA  
 10, Avenue des Nations Unies,  
 Agdal - Rabat  
 Tel : 0537 911 911 (E+)

Dr. AHBEDDOU Sanaa  
Ophtalmologiste  
INPE : 101199883

Tableau A (Liste I)  
 جدول (أقفال I)  
 Distribué au Maroc par Zenith Pharma

AMM Maroc N° 60/20/DMP/21/NRQDNM  
 رخصة المغرب رقم: 60/20/DMP/21/NRQDNM  
 PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.  
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

AMM Maroc N° 60/20/DMP/21/NRQDNM  
 رخصة المغرب رقم: 60/20/DMP/21/NRQDNM

PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.  
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

Bausch & Lomb Incorporated أو الشركات التابعة لها  
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporated  
 الشركات التابعة لها.

OPHTALMOCLINIC NOOR

مصحة العيون النور

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat ، أكدال ، الرباط

0537 911 911

contact@ocn.ma

www.ocn.ma