

# 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

M22- 0029476

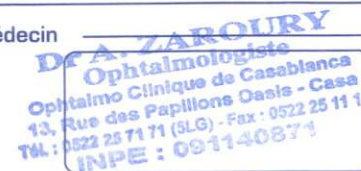
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAM RAM CHAFAI  
 Date de naissance : 02/03/1950  
 Adresse : Sidi MAAOUF ESSAIDA 16 225  
 Tél. : 0614294189 CABA +2176,00  
 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Aff Compt  
 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 : 22/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# 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
22/05/23	ctr		cc	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/05/23

174.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

22/05/23

Angiok30

12w

22/05/23

OCTK30

12w

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

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

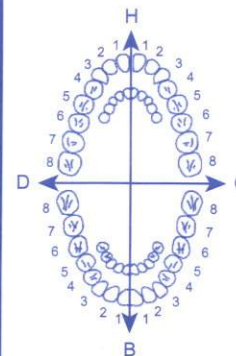
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

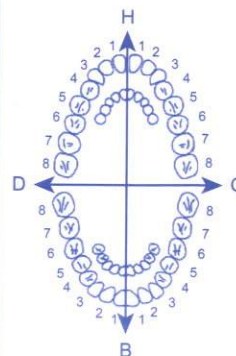
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدالر البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



PT230411132308

22 mai 2023

Casablanca le : .....

**MARTAH SAADIA**

INDOCOLLYRE 0.1 COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

*5800 x 3 = 17400*

6118001270088  
PPV : 58,00 DHS  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
ZENITH PHARMA  
Collyre 5ml  
INDOCOLLYRE 0.1%  
FAB/ تاريخ الانتاج  
EXP/ تاريخ الانتهاء  
LOT/ عيار

INDOCOLLYRE 0.1% ☐ LOT/ عيار  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

INDOCOLLYRE 0.1% ☐ LOT/ عيار  
Collyre 5ml FAB/ تاريخ الانتاج  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270088 PPV : 58,00 DHS

**D. A. ZAKOURY**  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél : 0522 25 71 71 (S.D) • Fax : 0522 25 11 15  
INPE : 091140871

**Urgence 24/24**



OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA



صحة العيون  
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 22/5/83

MARTIN

Saadia

Spécialité ANGIOGRAPHIE

OK - Cornus pyropus

- Zones de diffusion de diadème

Dr A. ZAROUKY  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oases - Casablanca  
Tél. : 0522 25 71 71 / 0522 25 11 15  
INPE : 091140874

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA



صحة العيون  
للداء البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 24/08

Dr. NARAH Soudi

af - la arpeles

af : -onc

- EF 324μ

af - EF 270μ

- permanent praelar

~~Dr. NARAH Soudi~~

O:  
13  
Tél.:

ca  
18  
15

Urgence 24/24

**OPHTALMO CLINIQUE  
DE CASABLANCA**



صحة العيون  
للدرا البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : .....

2205.23

**BON DE REGLEMENT**

Reçu de M .....

Martah Soudi

La somme de : **DEUX MILLE QUATRE  
CENT DIRHAMS**

**2.400,00 DHS**

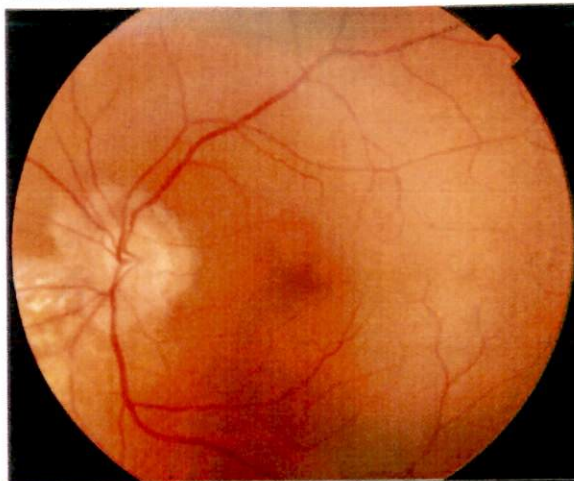
Pour : **ANGIOGRAPHIE + OCT**  
(k30\*2)

**Cachet et signature**

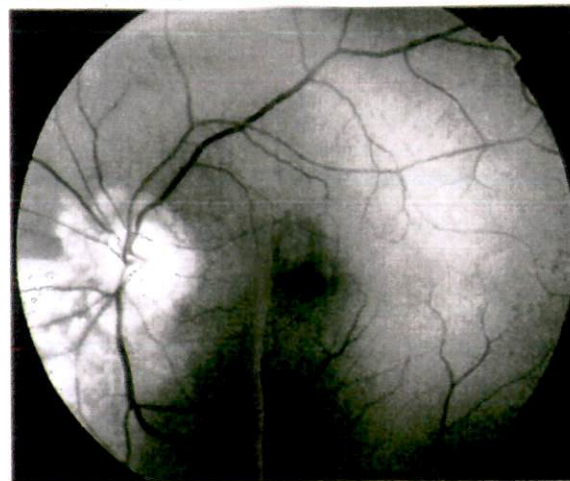
**Dr A. ZAROURY**  
Ophtalmologiste  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons Oasis - Casa  
Tél : 0522 25 71 71 (SLO) - Fax : 0522 25 11 15  
INPE : 001140871

**Urgence 24/24**

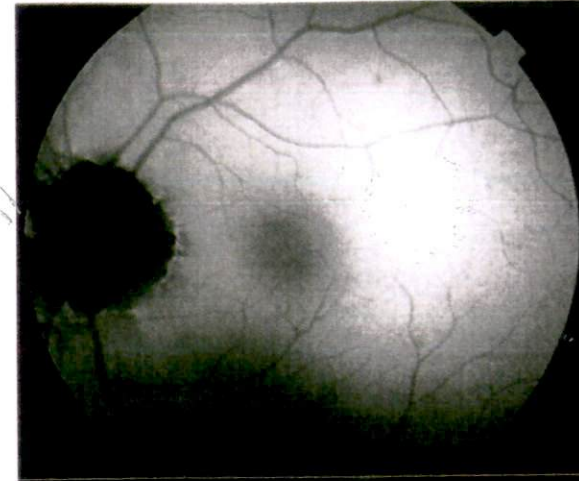




L



L



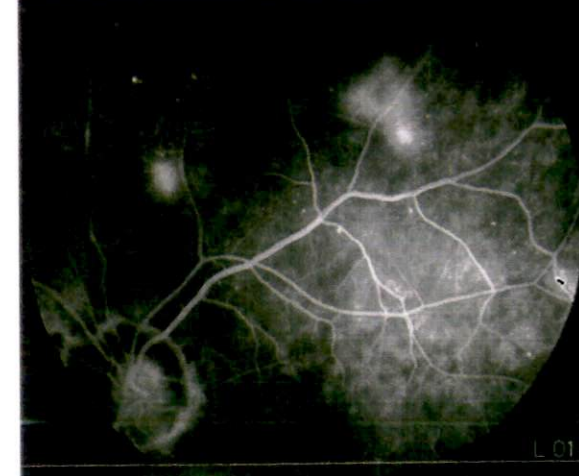
L



L 00 31 0



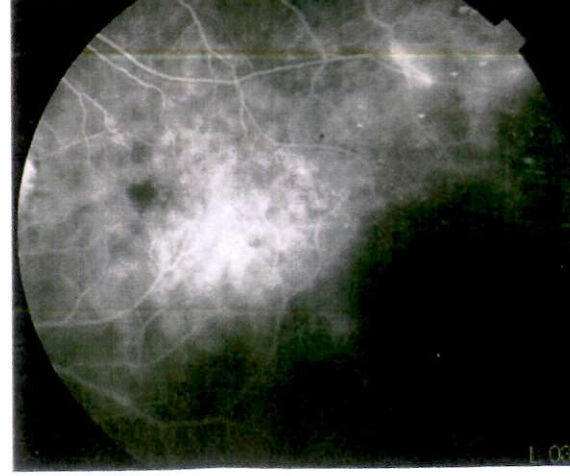
L 01 22 0



L 01 30 0



L 02 29 0



L 03 01 0



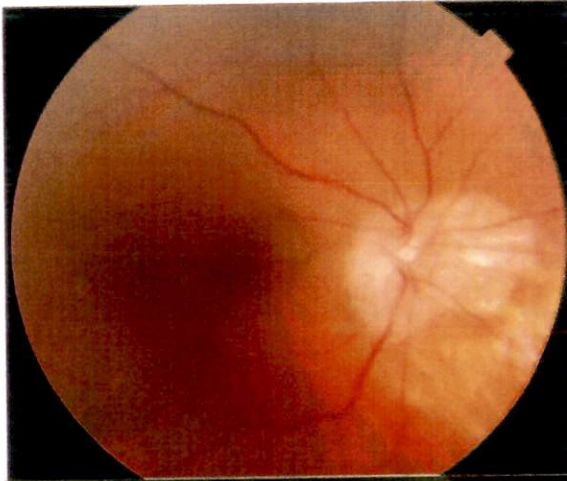
L 03 48 0



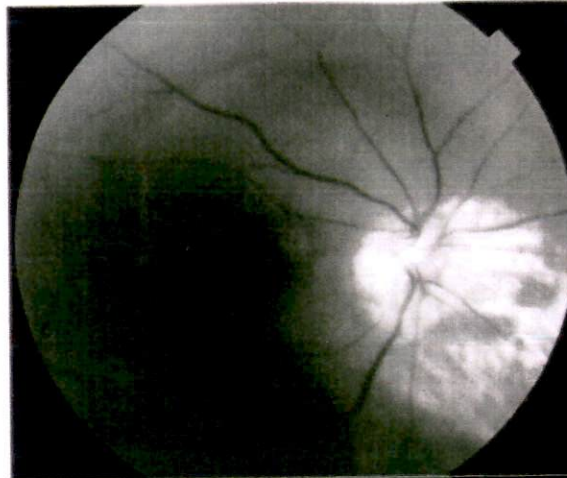
tient ID:135062

Nom du patient:MARTAH, SAADIA

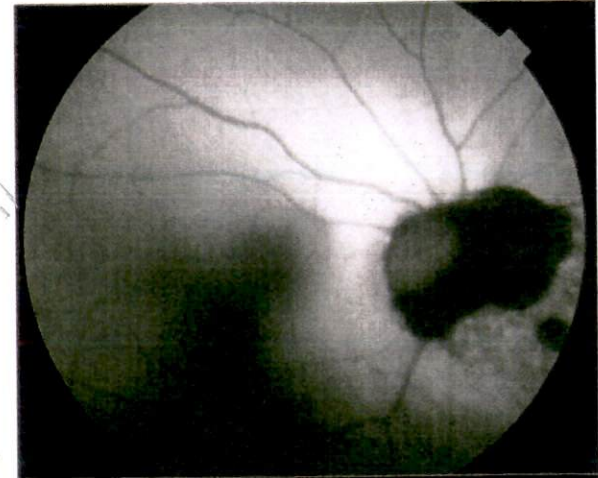
Date:22-05-2023



R



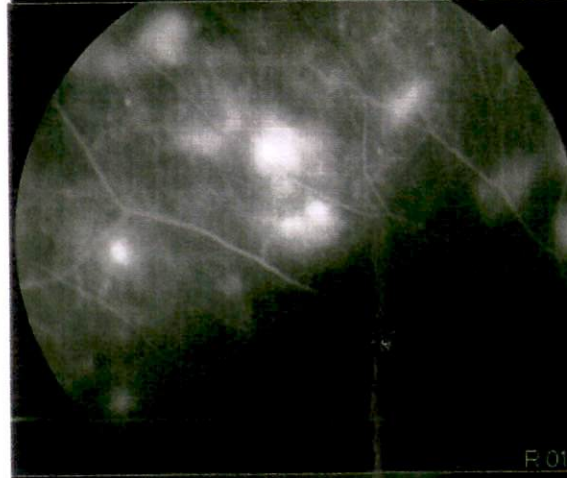
R



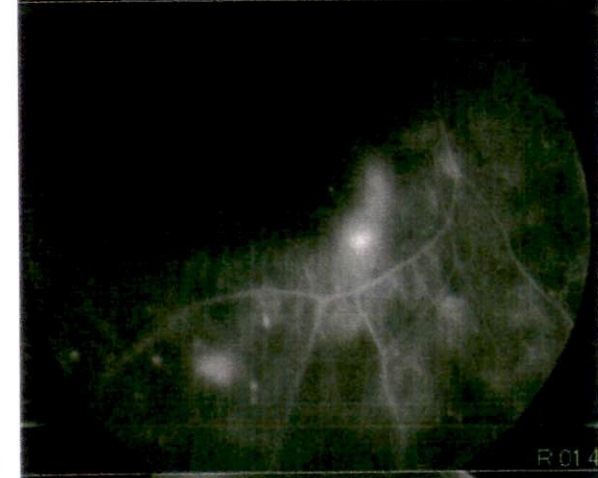
R



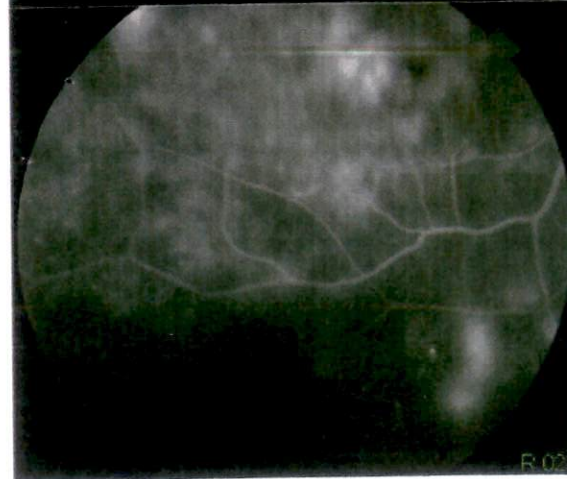
R 00130



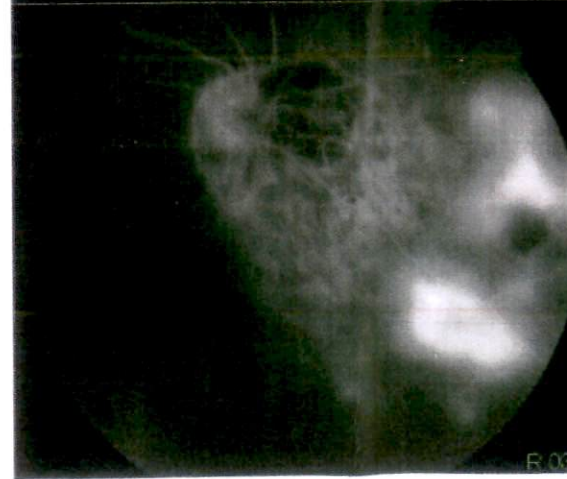
R 01130



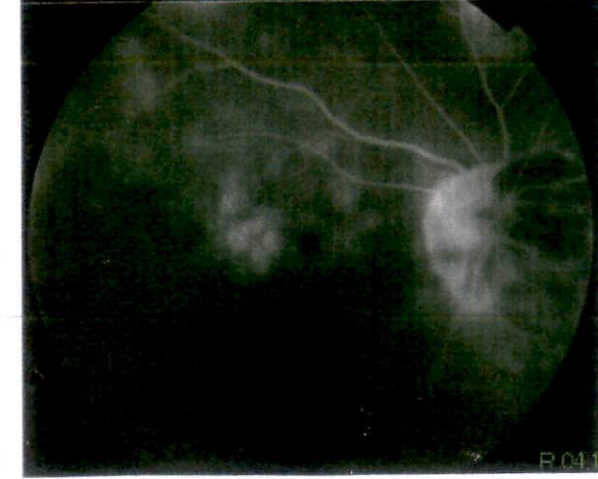
R 01470



R 02060



R 03030



R 04190



ID : 135062

Ethnicity :

Technician :

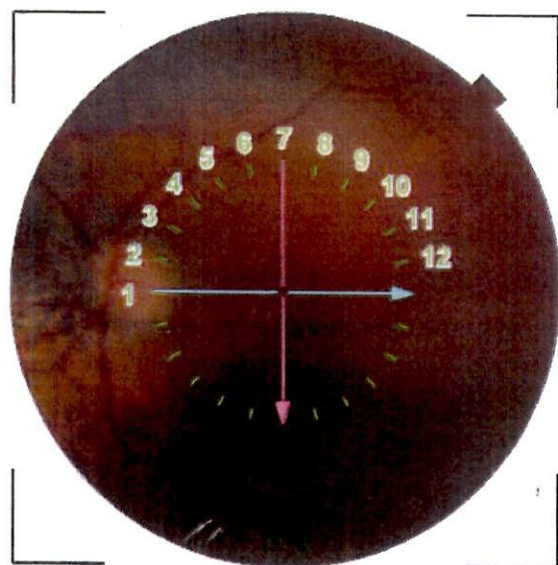
Name : SAADIA MARTAH

Gender : Female

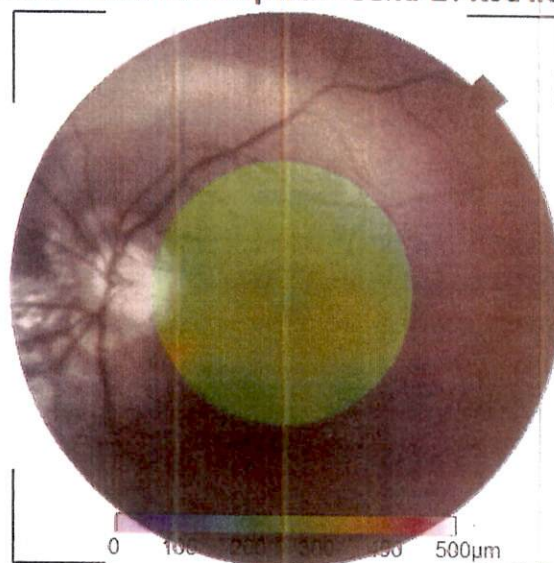
Fixation : OS(L) Macula

DOB : 01/01/1956 Age : 67 Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

OS(L)

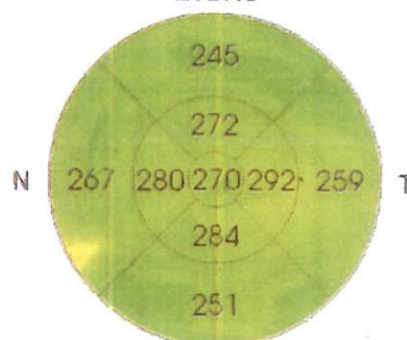
TopQ Image Quality: 76 mode: Fine(2.0.7)  
Capture Date: 22/05/2023

Retinal thickness map ILM - OS/RPE / Red-free

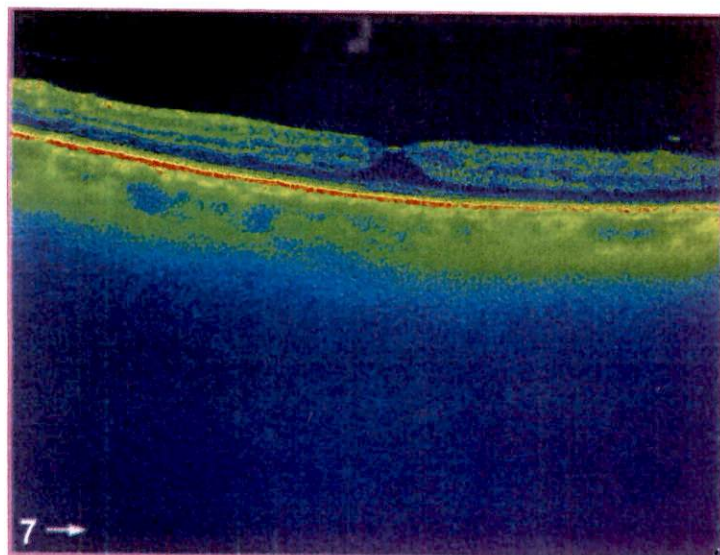
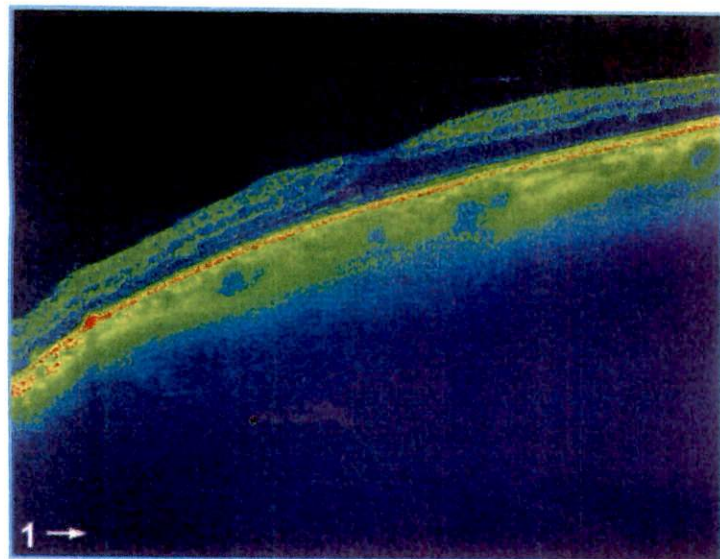


Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

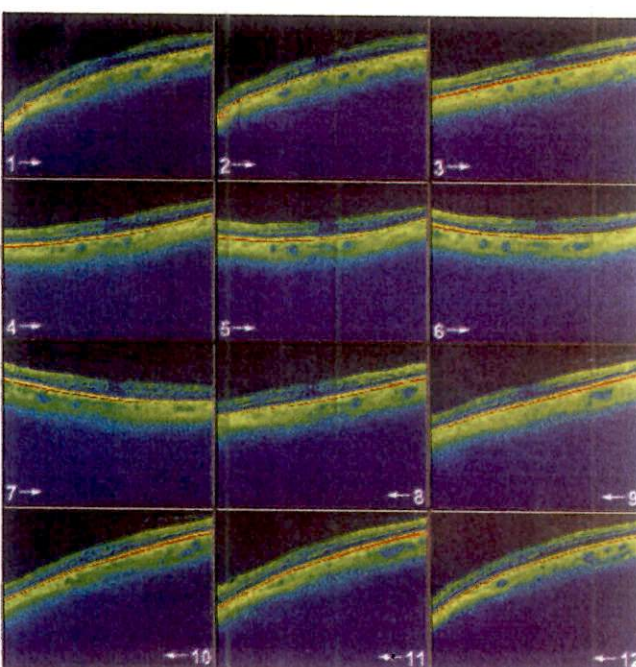
ETDRS



Average Thickness (μm) 261,8



Comments :



Signature :

Date :



# Line Report

Triton plus (Ver.10.19)

Print Date : 22/05/2023 **TOPCON**

ID : 135062

Ethnicity :

Technician :

Name : SAADIA MARTAH

Gender : Female

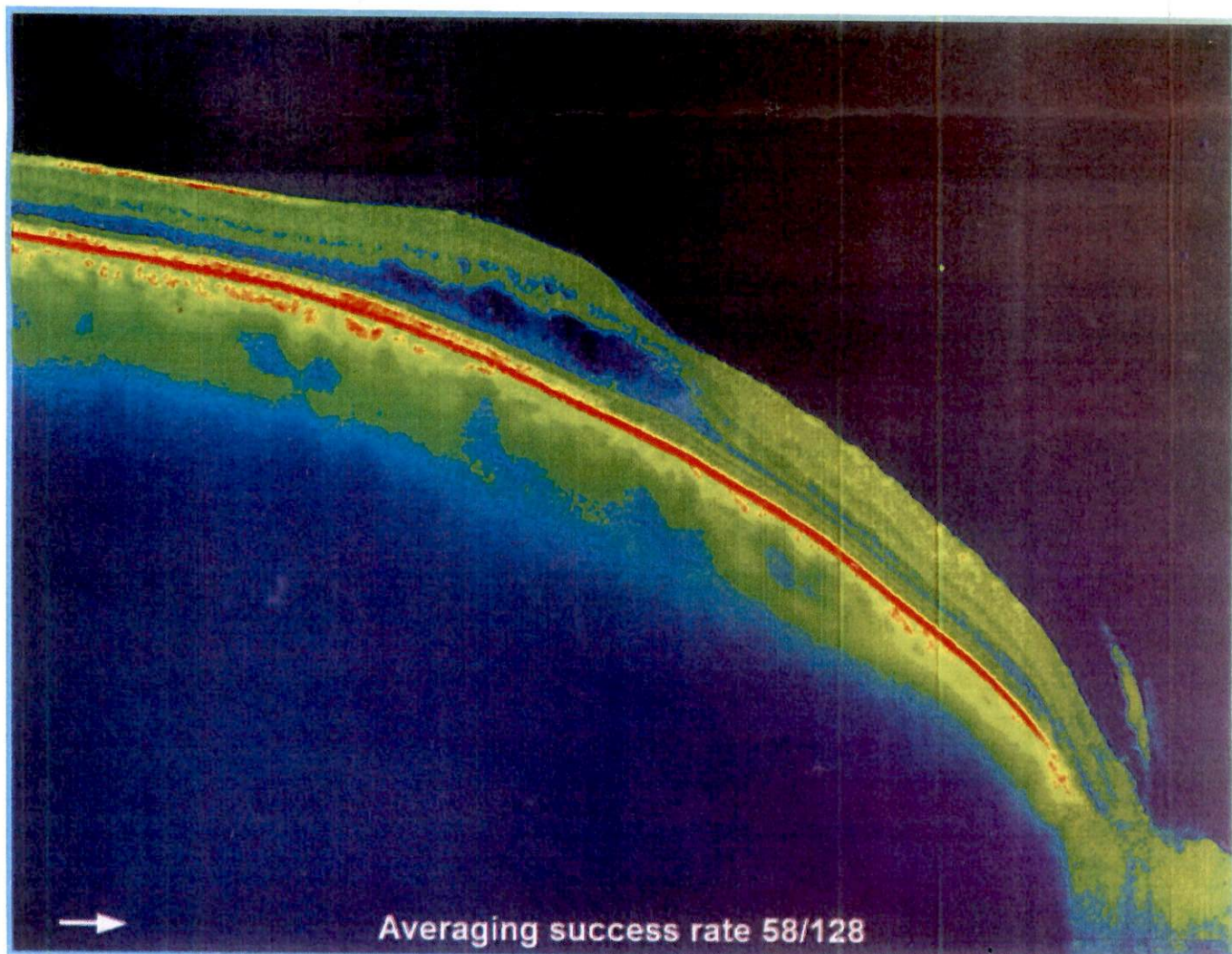
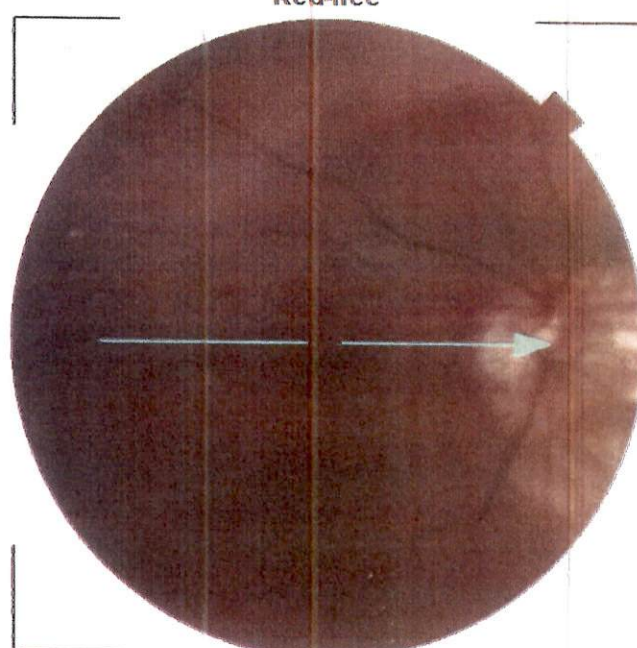
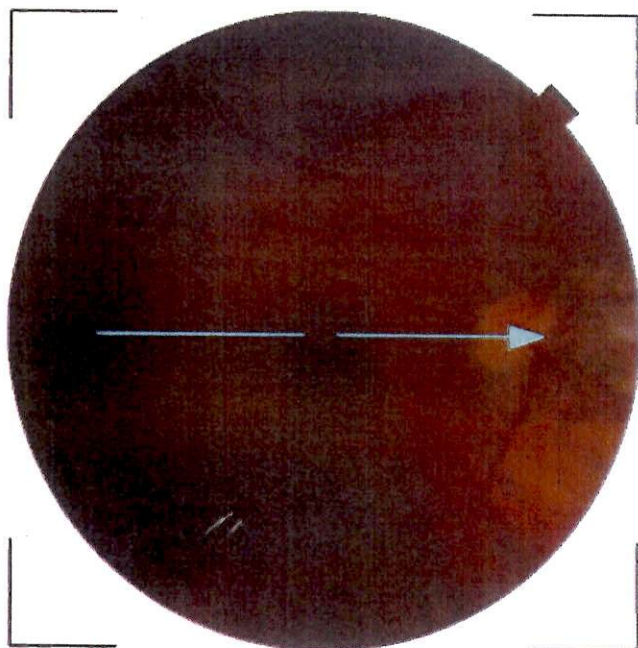
Fixation : OD(R) Macula

DOB : 01/01/1956 Age : 67 Scan : Line(9,0mm - 1024)

**OD(R)**

TopQ Image Quality: **82** mode: Fine(2.0.7)  
Capture Date: 22/05/2023

Red-free



Comments :

Signature :

Date :



# Radial Report

Triton plus (Ver.10.19)

Print Date : 22/05/2023

**TOPCON**

ID : 135062

Ethnicity :

Technician :

Name : SAADIA MARTAH

Gender : Female

Fixation : OD(R) Macula

DOB : 01/01/1956

Age : 67

Scan : Radial (6,0mm - 1024 x 12)

**OD(R)**

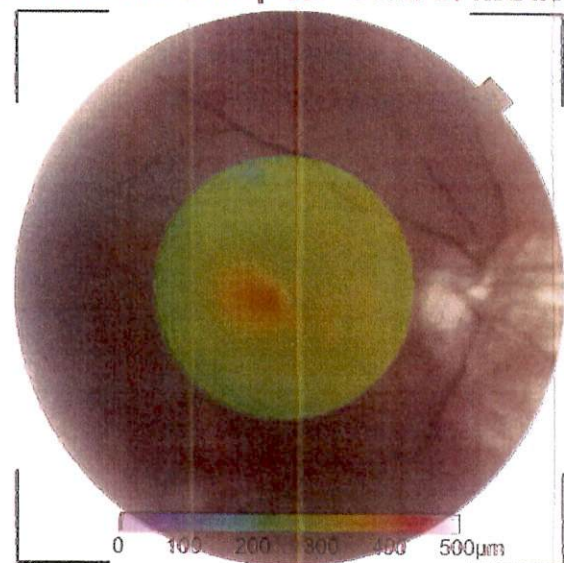
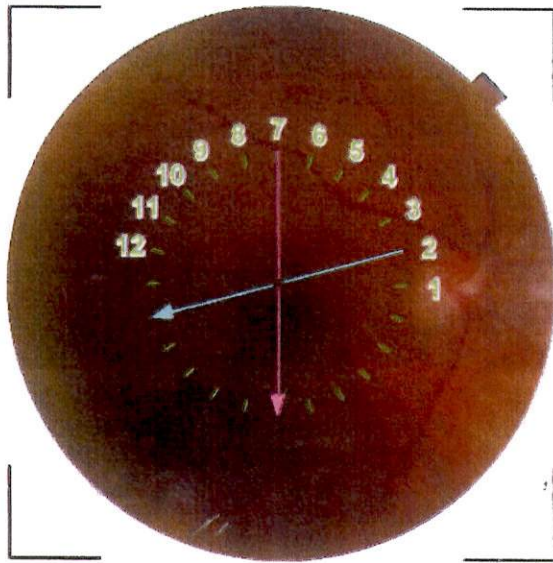
TopQ Image Quality:

**86**

mode: Fine(2.0.7)

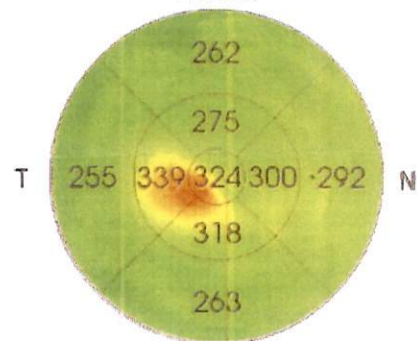
Capture Date: 22/05/2023

Retinal thickness map ILM - OS/RPE / Red-free



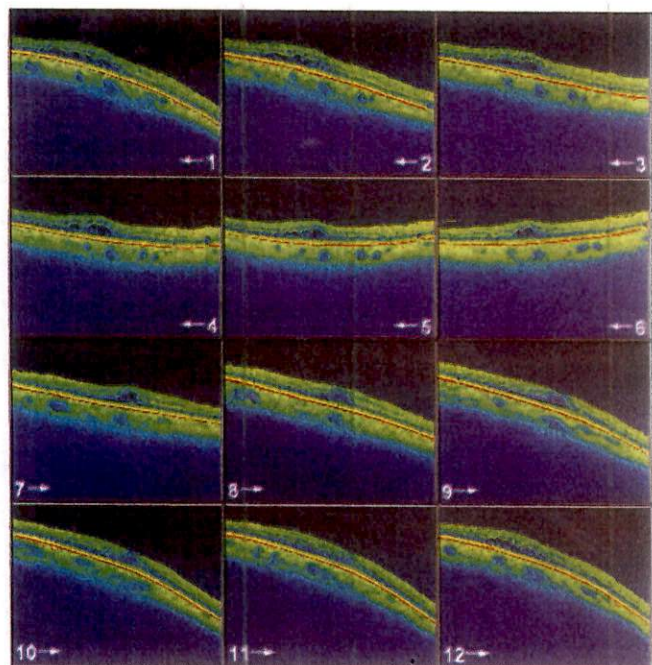
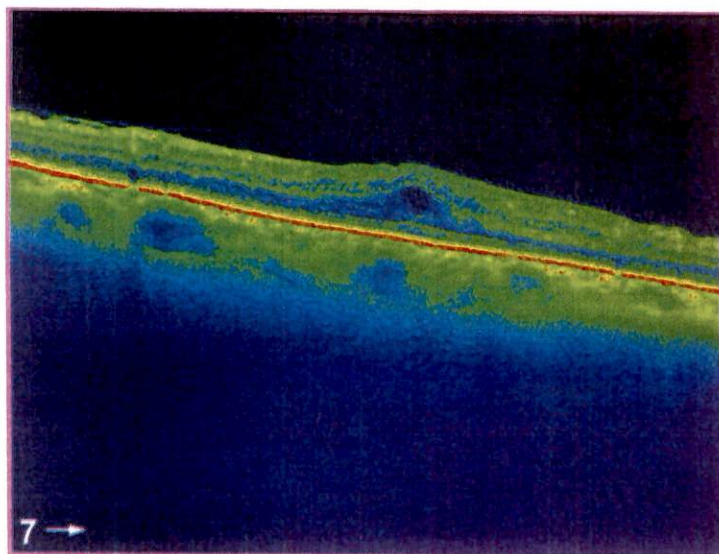
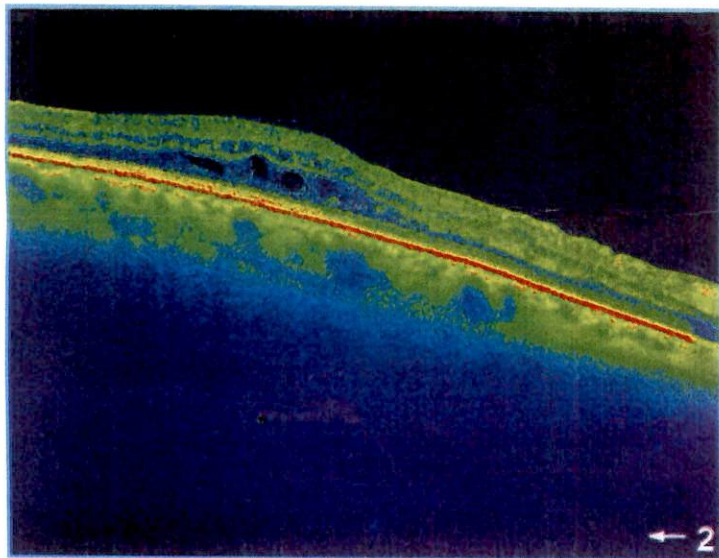
Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

ETDRS



Average Thickness (μm)

**278,6**



Comments :

Signature :

Date :



# Line Report

Triton plus(Ver.10.19)

Print Date : 22/05/2023 **TOPCON**

ID : 135062

Ethnicity :

Technician :

Name : SAADIA MARTAH

Gender : Female

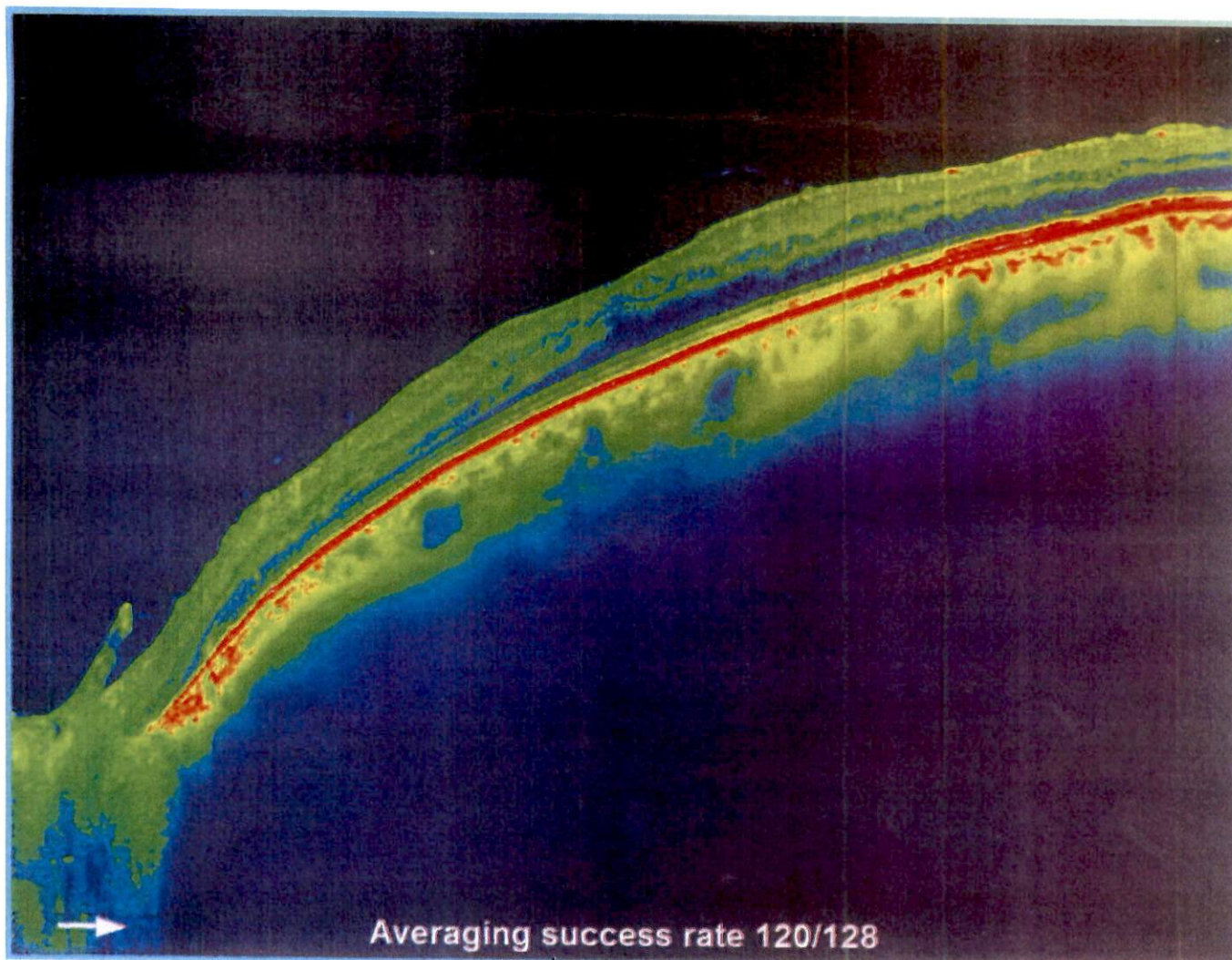
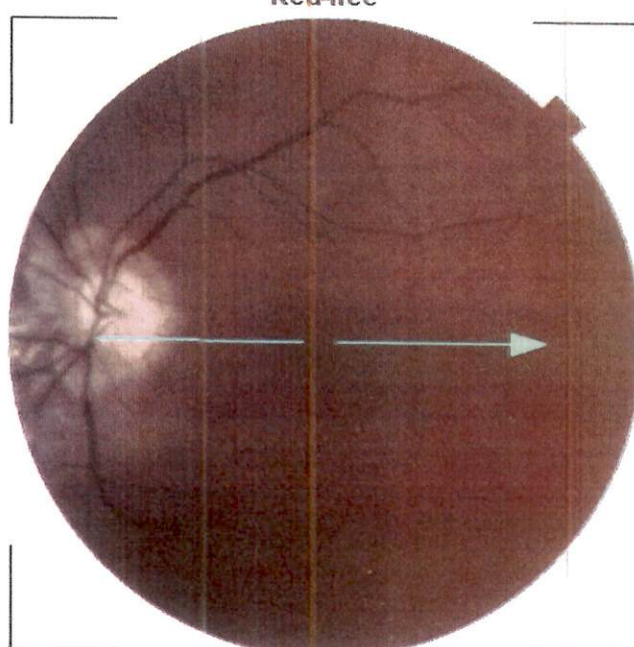
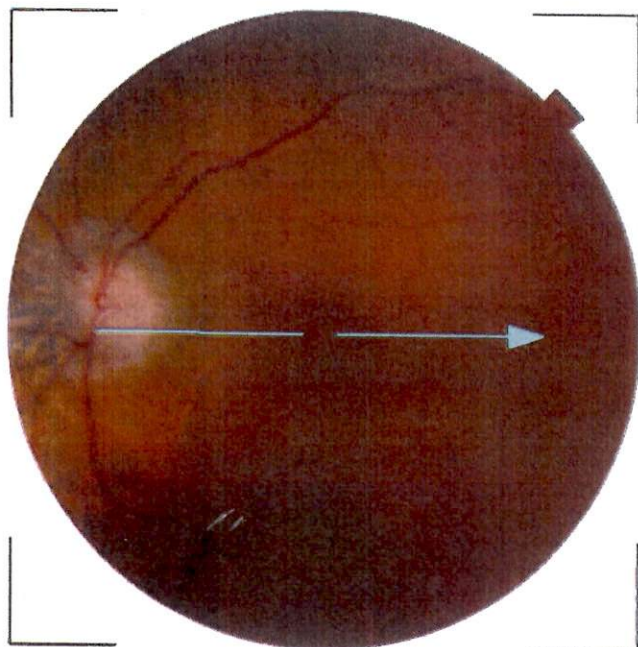
Fixation : OS(L) Macula

DOB : 01/01/1956 Age : 67 Scan : Line(9.0mm - 1024)

**OS(L)**

TopQ Image Quality: **96** mode: Fine(2.0.7)  
Capture Date: 22/05/2023

Red-free



Comments :

Signature :

Date :