

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

- Reclamation : 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

M22- 0029771

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03050 Société : RAM 171573
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAGHRAOUI Abdellaziz
 Date de naissance : 19-02-1959
 Adresse : 34 Rue 25 Lot Bdi Abderrahman EL Ouffa Casablanca
 Tél. : 0662124936 Total des frais engagés : 259,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR BENMOUSSA Khadija
 Ophtalmologiste - Homéopathe
 Lot 10 - 11 selouane Bd Oued Melouia N°33-Ouffa-Casa
 Tél. 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/06/2023
 Nom et prénom du malade : MAGHRAOUI ABDELAZIZ Age: 64
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : Casa Le : 24/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/06/23	G + Fo		300,00	
06/07/23	Cen hole		Gratuit	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/07/23	1538,40
	08/06/23	221,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

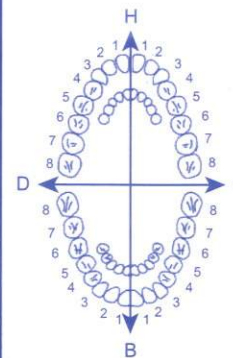
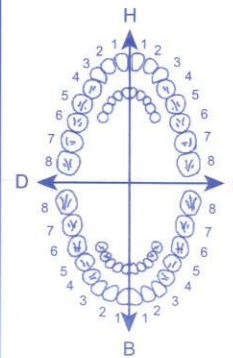
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

6 118001 070114

Laboratoires Sothema
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446374 MA

- Laser
k - Smile

6 118001 070114

Laboratoires Sothema
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446374 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446374 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446373 MA

- Laser
k - Smile

6 118001 070114

Laboratoires Sothema Bouskoura
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446373 MA

6 118001 070114

Laboratoires Sothema
AZOPT® 10 mg/ml collyre en suspension, 5 ml
Boîte de 1 flacon
PPV : 125,00 DH
AMM N° 261/18DMP/21/NRS 446374 MA

الدكتورة بنموسى خديجة
جراحة وطب العيون
- الجلطة - الحول - المياه الزرقاء
- العدسات اللاصقة - تصوير الشبكية
- جراحة تصحيح البصر - لازيك - سمايل

الطبيب المثالي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

06 juillet 2023

Casablanca, le :

MAGHRAOUI ABDELAZIZ

1/ DUOTRAV COLLYRE

1 goutte 1 fois par jour, le soir à 21H, dans les deux yeux Pendant 3 mois

2/ AZOPT : collyre

te 2 fois par jour. 8h et 20h, dans les deux yeux Pendant 3 mois

E DUAL

te 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

Eole®
dual

hyaluronate de sodium 0,2%
hypromellose 0,2%

Sécheresse oculaire
modérée à sévère

Hydratation
Intense et
Durable



Sans conservateur
sans phosphates



ml Gouttes oculaires

LOT 03 22
12/2025

PPC: 135,00

PPC: 135,00

LOT 04 22
12/2025

DR. BENMUSSE KHADIJA
Ophtalmologue - Oculiste
Lot 10 - 11 Melouia - Bd Oued
Melouia N° 3 - Oued Casa
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

INPE : 092006691

Salwane - Bd. Oued Melouia - 3ème Etage - Bureaux 336
(arjane Market) ☎ : 05 22 89 36 20 - ☎ : 06 66 38 53 36 - ✉ : k

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ 407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ 407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ 407393 MA

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2,5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192,10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ 407393 MA

Dr. BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte - Strabisme - Glaucome
- Contactologie - Angio - OCT - Laser
- Chirurgie de la myopie : Lasik - Smile

Homeopathie

**Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca**

Sur rendez-vous - الزيارة بالموعد

الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - الحول - المياه الزرقاء
- العدسات اللاصقة - تصوير الشبكية
- جراحة تصحيح البصر : لازيك - سمايل

الطب المثلي

**خريجة كلية الطب و الصيدلة
الدار البيضاء**

08 juin 2023

Casablanca, le :

Mr. MAGHRAOUI ABDELAZIZ

1/ ARULATAN



1 goutte le soir à 21 heure, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

2/ XOLAMOL

$110,70 + 2 = 221,40$
 $221,40$

1 goutte 8 h00 et 20h00, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologiste - Homéopathe
Lot 10 - 11 selouane Bd Oued
Meloua N°33 - Oufia - Casa
Tél: 05 22 89 36 20 - 06 66 38 53 36

INPE : 092006691

**زولامول®
Xolamol®**

Lot: 221,40
Fab: 02 22
Exp: 03 24
P.P.V : 110 DH 70

**زولامول®
Xolamol®**

Lot: 221,40
Fab: 12 22
Exp: 12 24
P.P.V : 110 DH 70