

# 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- 0034891

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 741 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAOUKI Mohamed  
 Date de naissance : 01-01-1942  
 Adresse : Avenue d'Essaouira 123022  
 Tél. : 06 52 73 27 16 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 07/09/2023  
 Nom et prénom du malade : CHAOUKI Mohamed Age : 81  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection oculaire  
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# 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                                        |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/09/2023      | G                 | 1                     | 200                             | Dr. Othmane BOURMANI<br>20, Rue Ibn Khaldoun - CASABLANCA<br>Tél.: 0522 72 81 13 - Fax: 0522 2- 61 19 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                       |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

07/09/2023 1244,00

# 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

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 :

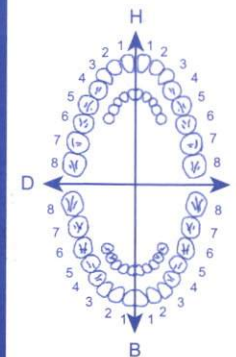
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

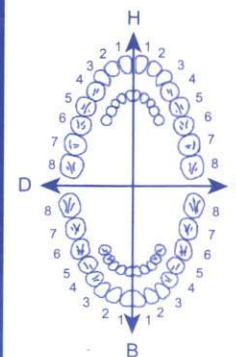
FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
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

**Docteur Othmane BOURMANI**

**OPHTALMOLOGISTE**

**LASER ET ANGIOGRAPHIE**

**LENTILLES DE CONTACT**

**CHIRURGIE DES YEUX**

20, rue Ibn Khalouya, angle rue de Madrid

Mers Sultan – Casablanca

☎ 0522 22 81 13 - ☎ 0522 22 81 14

INPE : 091166520

ICE : 001700106000060

**الدكتور عثمان بورماني**

**اختصاصي في امراض و جراحة العيون**

**الليزر وتصوير أوعية الشبكية**

**العدسات اللاصقة**

**جراحة العيون**

20, زقاق ابن خلويا - زاوية زقاق مدريد

مرس السلطان - الدار البيضاء

☎ 0522 22 81 13 - ☎ 0522 22 81 14

jeudi 07 septembre 2023

Casablanca, le .....

**Monsieur CHAOUKI Mohamed :**

**CARTEOL L.P 2 % collyre**

1 goutte, le matin, à heure fixe, dans les deux yeux, pendant 3 mois

4 boites

(Si indisponible, remplacer par TIMABAK ou TIMOCOMOD : 1 goutte  
matin et soir)

**TRAVATAN collyre**

1 goutte, le soir, à heure fixe, dans les deux yeux, pendant 3 mois

4 boites

(Si indisponible, remplacer par XALATAN collyre)

**TRUSOPT collyre**

1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 mois

4 boites

(Si indisponible, remplacer par XOLA ou AZOPT collyre)

**الدكتور عثمان بورماني**

**Dr. Othmane BOURMANI**

**Ophtalmologiste**

20, Rue Ibn Khalouya - CASABLANCA

Tél. : 0522 22 81 13 - Fax : 0522 22 81 14

**PHARMACIE RIAD AL QODS**  
310 Bx, GPE Zoukita 4  
Hay Al Qods - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 0522 22 73 21

CARTEOL L.P. 2% ☐ LOT/عيار H9025  
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 11-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040 PPV : 68,80 DHS

CARTEOL L.P. 2% ☐ LOT/عيار H8475  
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 05-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 04-2024  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040 PPV: 68,80 DH

CARTEOL L.P. 2% ☐ LOT/عيار H9025  
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 11-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040 PPV : 68,80 DHS

CARTEOL L.P. 2% ☐ LOT/عيار H9025  
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الانتاج 11-2022  
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء 10-2024  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM  
6118001270040 PPV : 68,80 DHS

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml  
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV  
PPV : 140.10 DH

LOT U072167 1  
EXP 02 2023  
PPV 104.40 DH

LOT W004827 1  
EXP 09 2023  
PPV 104.40 DH

LOT U072167 1  
EXP 02 2023  
PPV 104.40 DH

زولا  
Xola®  
Lot: YN0254  
Fab: 12 21  
Exp: 12 23

PPV: 95 DH 20