

# 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

- 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

M23-0025976

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM 183544  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL KETTANI SIW/ HAMID  
Date de naissance : 19 04 1950  
Adresse : N° 98 RUE MIMOSA App# 23 HAY AERANA  
Tél. : 0611 220 765 Total des frais engagés : 225,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El Halimi Rédouane  
Ophtalmologiste  
INP 16 11 70 360

Date de consultation : 07, 11, 2023  
Nom et prénom du malade : EL KETTANI SIW/ HAMID Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : 1 ANASSER Signature de l'adhérent(e) : Le : 07, 11, 2023



# 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
07/11/2023	G		G	Dr. El Hachmi Redouane Ophtalmologiste INP 16 11 70 360

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

7/11/2023

225,30

# 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 :

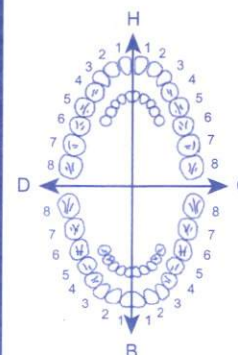
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature des  
Soins

Coefficient



Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

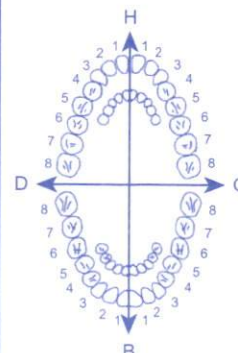
FIN  
D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		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

**Dr. EL HALIMI Rédouane**

**Ophtalmologiste - Chirurgien**



**الدكتور رضوان الحليمي**

**اختصاصي في طب وجراحة العيون**

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat

Ex. Ophtalmologiste au CHU

bn Sina .Souissi - Rabat

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

**07/11/2023**

خريج كلية الطب بالرباط

اختصاصي سابق بمستشفى ابن سينا

السويسى الرباط

عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Tanger, le : **07/11/2023** طنجة، في:

**1. TOBRADEX . Collyre**

1goutte 6 fois, par jour, pendant 15 Jour

**2. STERDEX: POMMADE**

1 app le soir pendant 12 jours

**3. sepcen cp 500 mg**

1 comprime 2 fois / jours pd 5 jours

**4. larmabak Collyre**

goutte 4 fois par jour pendant 2 mois

**5. PANSEMENT OCULAIRE**

Changer chaque matin

**ZADRYL 10MG** IMPLANT

1 CP PAR JOUR FOIS 30 JOUR

صيدلية الأنف والحنجرة  
PHARMACIE EL ANDALOU  
Dr. Benjeloun Taoufik  
18, BOULEVARD MOHAMED V  
TEL: 05 39 94 69 19  
TANGER

Dr. El Halimi Rédouane  
Ophtalmologiste  
INP 16 11 70 360

ساحة مولاي عبد العزيز، عمارة النصر، بجوار مسجد بدر  
الطابق 3 شقة 10 (فوق مخبزة فرومبواز) - طنجة

Place Mly Abdelaziz, Imm. Al Nasr, à-côté mosqué Badr  
Etag 3, Apt 10 (au-dessus pâtisserie Framboise) - TANGER

☎ 0539 94 29 29 - 📞 07 06 06 21 88 - ✉ redouaneelhalimi@gmail.com

C91484-06

88,40



6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/18 DMP/21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DH



406836 MA

مادة التعليمات  
المستوى 1



**STERDEX**  
**pommade ophtalmique**  
Dexaméthasone 0,267 mg /  
Oxytétracycline 1,335 mg  
PPV : 26,40 DH



6 118001 100378

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri,  
20 110 Casablanca  
Pharmacien Responsable :  
Amina EL MOUDI

LOT: 05823023  
PER: 06/2026  
PPV: 74,80 DH

74,80