

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 SIWI 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 :

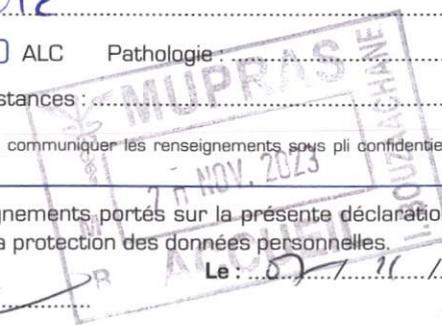
Dr. El Halimi Rédouane
Ophtalmologiste
INP 16 11 70 360

Date de consultation : 07, 11, 2023
Nom et prénom du malade : EL Halimi Rédouane 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 An cfa Le : 07 11 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
07/11/2023	2		6	

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

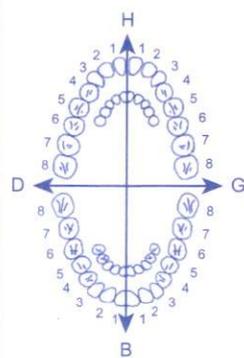
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

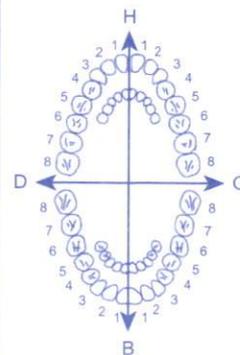
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
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

Dr. EL HALIMI Rédouane

Ophthalmologiste - Chirurgien



الدكتور رضوان الحليمي

اختصاصي في طب وجراحة العيون

Diplômé de la Faculté de médecine de Rabat

Ex. Ophthalmologiste au CHU

bn Sina .Souissi - Rabat

Membre de la Société Française d'Ophthalmologie

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 comprimé 2 fois / jours pd 5 jours

4. Iarmabak 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

35,70

26,40

74,80

88,40

225,30

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

Dr. El Halimi Rédouane
Ophthalmologiste
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

Etage 3, Appt 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

دواء التعليمات
المستوى 1

STERDEX
pommade ophthalmique
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: 00/2026
PPV: 74.80 DH

74,80