

## 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.

### 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.

N° W19-568969

40434

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10512	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SABOUR AZIZ
Nom & Prénom :		29.6.1958	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0656005856		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age: 50			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p>			
Nature de la maladie : infection oculaire			
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 : 17 SEP. 2020

Dr. BENI  
Opticien  
Casablanca  
MUPRAS

## RELEVE 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
10.09.2020	G		300.000	INP : 09101046701 Dr. BENNANI HICHAM
10.09.2020	Ecographie		600.000	Ophtalmologie
10.09.2020	OCT		1.200.000	Residence Mawlid XI Sidi Mezroui - Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie de la Gare 22, Quai de la Gare 92120 Montrouge Tél: 01 48 21 48 00 Fax: 01 48 21 48 01	10/03/2020	399,75

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE 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	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B	G																	
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



Dr BENNANI Hicham  
Ophthalmologue  
Résidence Mawlid XI  
Sidi Maârouf Casablanca

Ordonnance

Casablanca, Le:

Monsieur SABOUR Aziz

Casablanca, le jeudi 10 septembre 2020

- XALACOM COLLYRE (Latanoprost-Timolol) fl

1 goutte, 1 fois/jour, le soir, dans les deux yeux,

*147.15*  
- ALPHAGAN 0,2% (Brimonidine) COLLYRE

*60.00*  
1 goutte, matin et soir, dans les deux yeux

- CILOXAN (Pommade) (Ciprofloxacin) 0,3%

1 application, 1 fois/jour le soir, pendant 6 jours

*115.20*  
- ODM5

*SI*  
application, 3 fois/jour,

*41.00*  
- GEL LARMES

*399.70*  
2 F/j matin et soir

**CILOXAN® 0,3%**  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothéria  
A.M.M. N° 86/DM/21/NNP  
PPV: 60,00 DHS

Remboursable AMD

6 118001 070855  
69227-3 © 2007, 2011, 2014 Novartis



الملك /  
مخابر تبنا  
12 شارع  
63017  
فرنسا



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca  
Pharmacien Responsable:  
Mme Amina DAOUDI  
PPV : 41,00 DH



Flacon de 5 ml

PPV : 147DHS50



ALLERGAN

voie oculaire  
eye drop  
augentropfen  
oculaire gebruik  
vía oftálmica  
kapljice za oči

**CE 0459**

Patent pending\*

CN: 177699.0  
CNK 3324-0-3



3 401520 T28170



148 avenue G. Guynemer  
Cap Var - 06700  
Saint-Laurent du Var - FRANCE  
www.horus-pharma.com

**Steripharma**  
**PPC:151,20 dh**

10/08/2018 Casablanca, le : .....

COMPTE RENDU

OCT

MR SABOUR AZIZ

- MACULA A PLAT DES DEUX COTES.
- COURBE RNFL SANS ANOMALIES.
- ABSENCE DE SIGNES EN FAVEUR DUN EVENTUEL GLAUCOME EVOLUE.
- CONTROLE SEMESTRIEL HAUTEMENT RECOMMANDÉ .

CONCLUSION :

- POLE PPOSTERIEUR INDEMNE SOUS RESERVE D'un suivi régulier .



الدكتور بناني هشام  
Docteur L. BENNANI Hicham



Ophtalmologue

Echographie - Laser - Angiographie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

CASA LE 10/09/2020

Casablanca, le :.....

FACTURE : 22/2020

Nom et Prénom du Patient SABOUR AZIZ

Frais de praticien

DESIGNATION	MONTANT
ECHOGRAPHIE	600 DH
<b>TOTAL</b>	<b>600DH</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :SIX CENTS DIRHAMS

Certificat établi à la demande de l'intéressée, pour servir et faire valoir ce que de droit

Dr. BENNANI HICHAM  
Ophtalmologue  
Résidence Mawlid XI  
Casablanca

الدكتور بناني هشام

Docteur L. BENNANI Hicham



Casablanca le 09 09 2020

Ophthalmologue

Echographie - Laser - Angiographie

Chirurgie de la cataracte aux U.S

Casablanca, le : .....

FACTURE : 68/2020

Nom et Prénom du Patient SABOUR AZIZ

Frais de praticien

DESIGNATION	MONTANT
OCT	1200 DH
<b>TOTAL</b>	<b>1200DH</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : MILLE DEUX CENT DIRHAMS

Certificat établi à la demande de l'intéressée, pour servir et faire valoir ce que de droit

Dr. BENNANI HICHAM  
Ophthalmologue  
Résidence Mawlid XI  
Sidi Maârouf - Casablanca

Résidence Mawlid XI - Route 1029 - Sidi Maârouf A2 - 21 A2 - 22 - 2<sup>ème</sup> étage

Tél : 05.22.32.19.07 - 05.22.97.58.62

Casablanca

E-mail : bhicham2003@hotmail.com

Nom: **sabour, aziz**

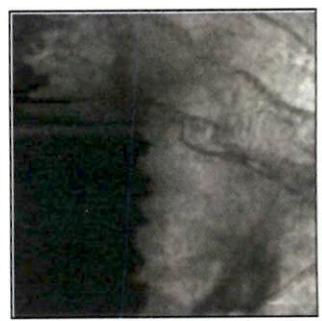
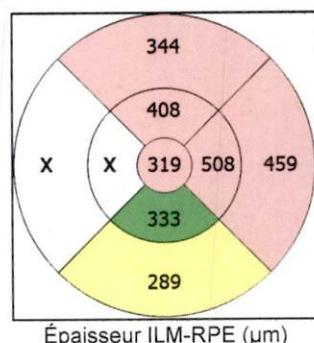
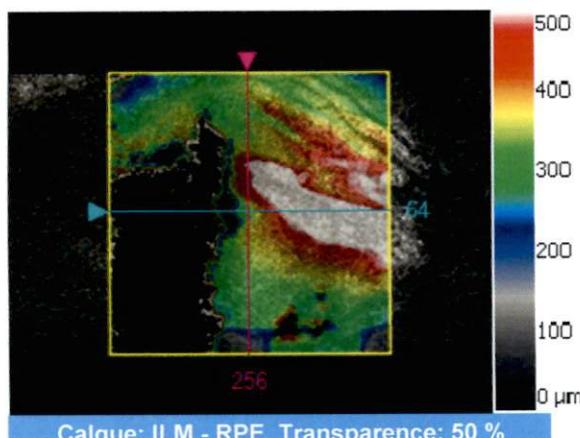
ID: CZMI169058174 Date d'examen: 10/09/2020  
Date de naissance: 01/01/1959 Heure de l'examen: 09:31  
Sexe: Masculin Numéro de série: 500-33831  
Technicien : Dr.Bennani, Hicham Puissance du signal: 3/10

CZMI

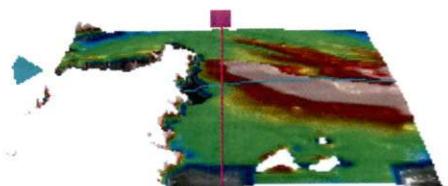
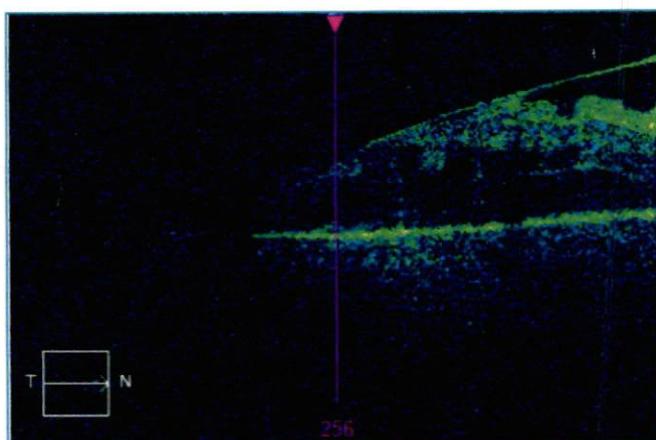
ZEISS

## Épaisseur maculaire : Macular Cube 512x128

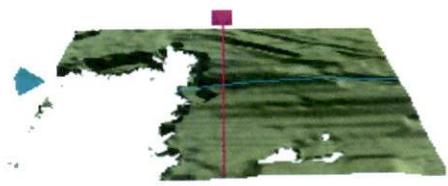
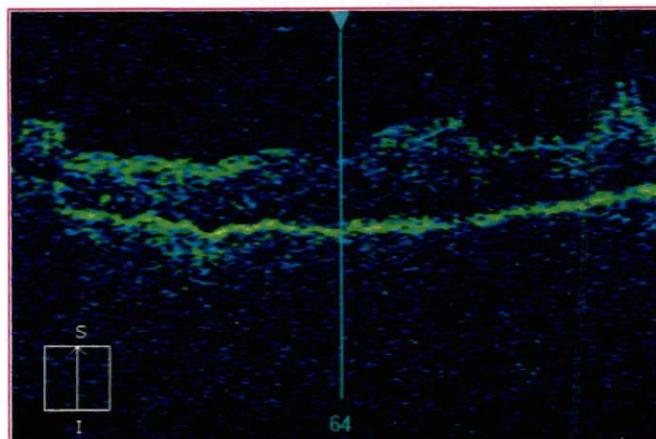
OD   OS



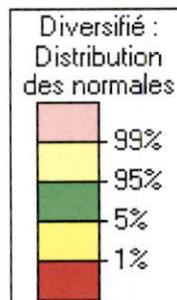
Calque: ILM - RPE Transparency: 50 %



ILM - RPE



ILM



	Épaisseur moy. centrale (µm)	Volume du cube (mm³)	Ép. cube moy. (µm)
ILM - RPE	319	9,7	268

### Commentaires

Signature du médecin

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

Nom: **sabour, aziz**



ID: CZMI169058174 Date d'examen: 10/09/2020

CZMI

Date de naissance: 01/01/1959 Heure de l'examen: 09:32

Sexe: Masculin Numéro de série: 500-33831

Technicien : Dr.Bennani, Hicham Puissance du signal: 2/10

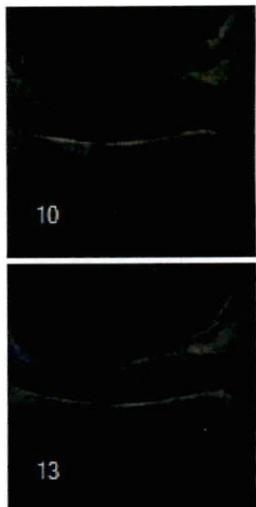
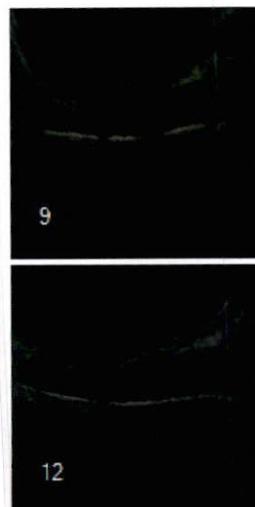
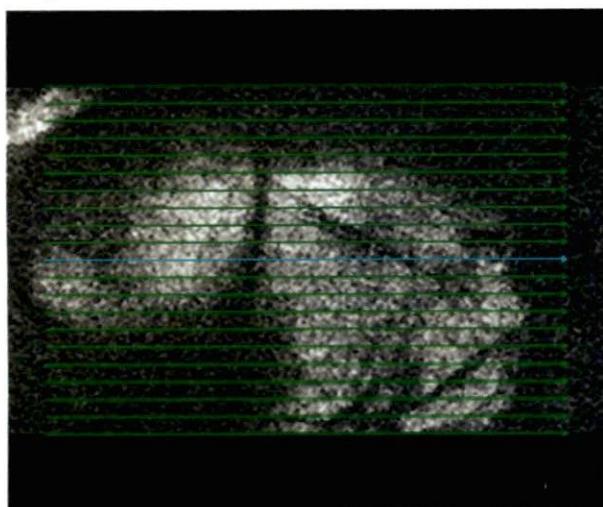
## Images haute définition: Analyse HD 21

OD  OS

Angle d'examen: 0°

Espace: 0,3 mm

Longueur: 9 mm

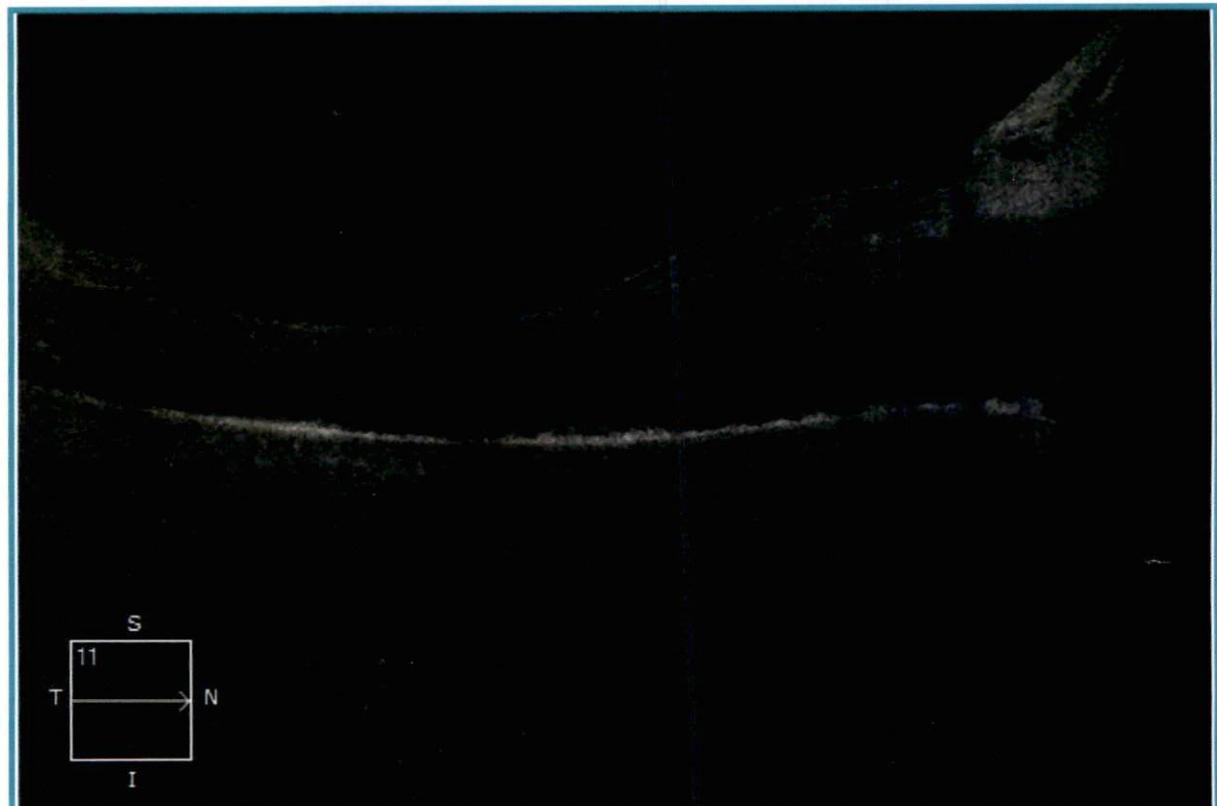


9

10

12

13



Commentaires

Signature du médecin

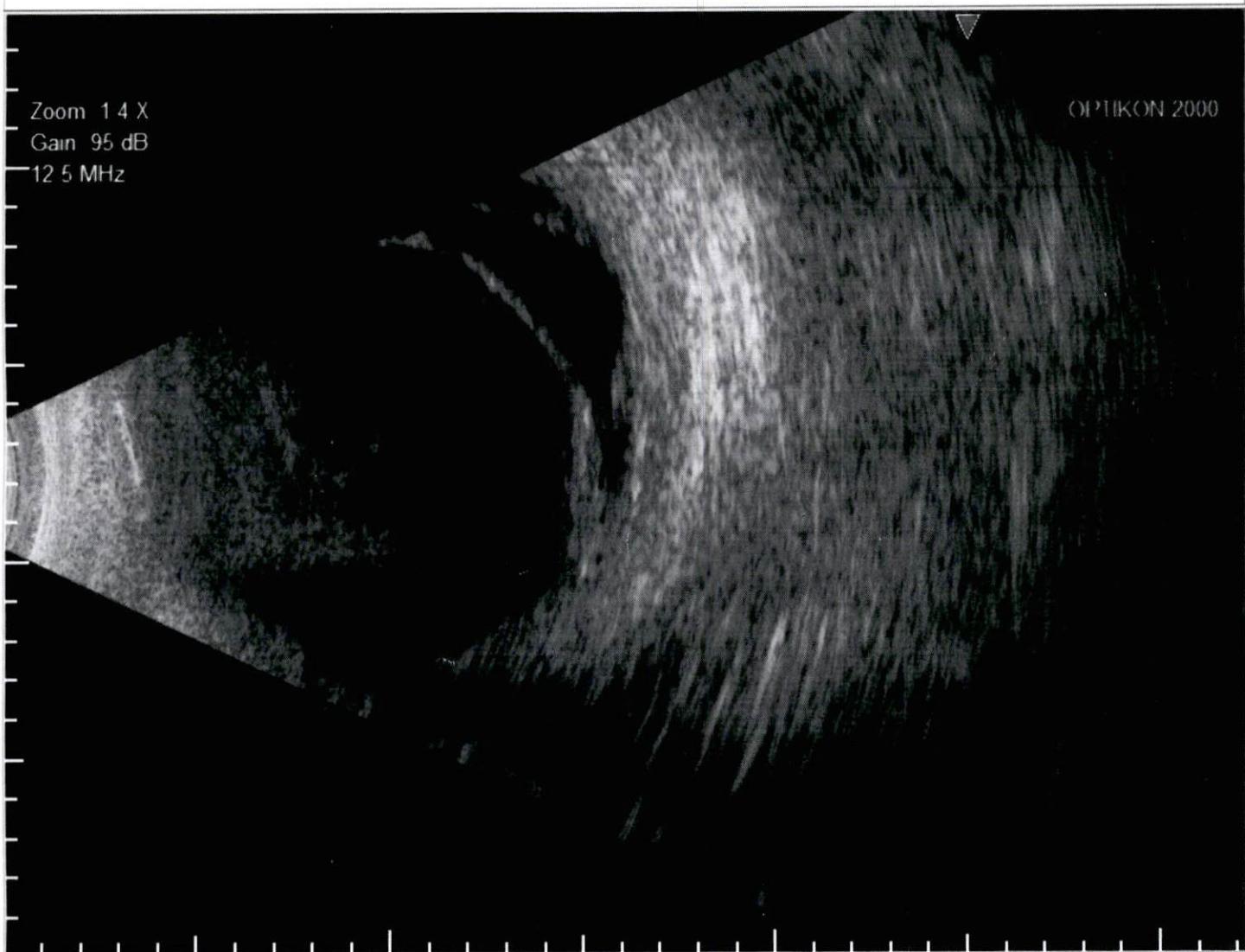
Dr. BENNANI HICHAM  
Ophtalmologue  
Résidence Rawlid XI  
Sidi Maârouf - Casablanca

SW Ver: 10.0.1.19039  
Copyright 2016  
Carl Zeiss Meditec, Inc  
All Rights Reserved

Page 1 sur 1

PATIENT: Sabour Aziz --

10/09/2020



Dr. BENNANI ECHAM  
Ophtalmologue  
Résidence Mawid XI  
Sidi Maârouf - Casablanca