

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 canalaire, 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 canalaire.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 : N° P19- 0014077

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3050

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAGHRABI Abdellagiz Date de naissance : 19-02-59

Adresse : N° 34 Rue 25 Lot Sidi Abderrahmane EL Oulfa Casablanca

Tél. : 06 62 12 49 36 Total des frais engagés : 1732,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Jr. BENMOUSSA Khadija
Ophthalmologiste-Homéopathie
Lotissement Haj Fateh N°:F9
Appt. N°1 Oulifa - Casablanca
Tél: 05 22 20 45 45

Date de consultation : 13/01/2020

Nom et prénom du malade : MAGHRABI Abdellagiz

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

UFRAS

Affection : Maladie

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.

ACCUEIL SIEGE RAM

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 : Casablanca

Le : 09/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

BELEVE 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
13/01/2016		Q.t. 50	300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE SOUFIANE GROUPE / Rue 154 N° 23725 El Oued - CASABLANCA Tél: 05 22 89 09 63</p>	13/11/2022	632,30 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05.02.2020	Mouhamed Optalmiste Dr. M. HASSY	80000

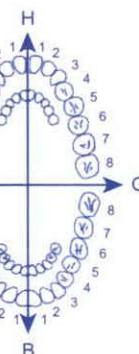
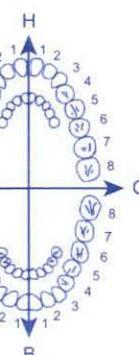
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000				G	00000000	11433553				B	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
G	00000000	11433553																				
B	35533411																					
				MONTANTS DES SOINS																		
				DATE DU DEVIS																		
				DATE DE L'EXECUTION																		

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplomée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة وطب العيون

- الجلالة - المغول - العيون الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات الاصطناعية
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلثي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

Sur rendez-vous زيارة بالموعود

Casablanca, le :

13 janvier 2020

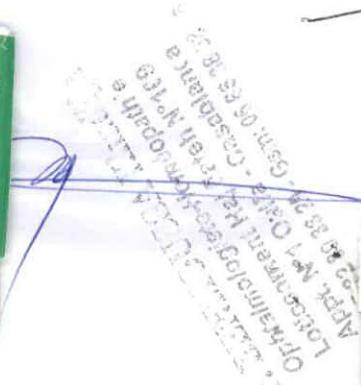
Mr. MAGHRAQUI ABDELAZIZ

1/ COSOPT: Collyre

1 goutte 2 fois / jour; 8h & 20h, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

2/ ALPHAGAN COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



632,30

LOT S016240 1
EXP 02 2021
PPV 164.20 DH

LOT S008174 1
EXP 12 2020
PPV 164.20 DH

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K Rue 154 N° 2326
El Oulfa - CASABLANCA
Tél: 05 22 89 09 63

Titulaire de l'AMM/Distributeur:
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1.27182 Bouskoura - Maroc
Sous licence : Mundipharma Pty Ltd- Australie
Fabricant : Laboratoires Merck Sharp & Dohme Chibret
Route de Marsal Riom, Clermont - Ferrand
Cedex 9, 63963 - France

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml
COLLYRE EN SOLUTION
FLACON DE 5 ML

Lotissement Haj Fateh, N° 169 Appt N° 1 (à proximité de la mosquée Haj Fat
Tél. : 05 22 89 36 20 - GSM : 06 66 38 53 36 - E-mail : Khadija_benn



Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste



Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladie et chirurgie des yeux
ECHOGRAPHIE - Angiographie - Laser

الدكتور الدخيري محسن
طب العيون
أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
دار البيضاء
أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le 05 FEV. 2020

NOTE D'HONORAIRE UBM

Nom Prénom : MR MAGHRAOUI ABDELAZIZ
Acte k40 : UBM
Montant : 800 DHS (HUIT CENT DHS)

*Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophthalmologiste
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA*

Dr BENMOUSSA Khadija

Chirurgie et Maladies des Yeux

- Cataracte par phacoémulsification
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Contactologie - Angiographie - Laser

Homeopathie

Diplômée de la faculté de médecine
et de pharmacie - Casablanca



الدكتورة بنموسى خديجة

جراحة و طب العيون

- الجلالة - العول - المياء الزرقاء
- مسالك الدموع - العدسات اللاصقة
- الليزر - تصوير الشبكية

الطب المثلي

خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء

Sur rendez-vous زيارة بالموعد

Casablanca, le : 13 janvier 2020

Mr. MAGHRAOUI ABDELAZIZ

UBM DE L' angle irido-cornéen

Dr. BENMOUSSA Khadija
Ophtalmologue-Homéopathie
Lottoissement Haj Fateh N°169
Appt. N°1 Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 36 20 - GSM: 06 66 38 53 36

Dr Mouhssine D'KHISSY
Ophtalmogiste

Professeur - Assistant au CHU Ibn Rochd
Attestation de formation spécialisée approfondie
Université de Nantes
Maladies et chirurgie des yeux
Echographie - Angiographie - Laser



الدكتور الدخيلي محسن
طب العيون

أستاذ مساعد بمستشفى ابن رشد
الدار البيضاء
أمراض و جراحة العيون

Casablanca, le
05 FEV. 2020

Nom : MAGHRAOUI
Prénom : ABDELAZIZ
Médecin traitant : DR BENMOUSSA

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

COMPTE RENDU UBM / EXAMEN REALISE EN AMBIANCE SCOTOPIQUE

Oeil Droit :

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure = 3.08 mm
Angle irido cornéen OUVERT sur tous les quadrants
Flèche cristallinienne : 310 microns
Absence de configuration d'iris plateau
Présence de kyste ciliaire

Oeil Gauche

SONDE 50 MHZ

Profondeur de chambre antérieure = 2.99 mm
Angle irido cornéen OUVERT sur tous les quadrants
Flèche cristallinienne : 430 microns
Absence de configuration d'iris plateau
Présence de kyste ciliaire

Dr Mouhssine D'KHISSY
400, Bd Brahim Roudani, 2e Etage
Tél: 0522 25 48 88 / Fax: 0522 25 70 88
CASABLANCA

DR D KHISY MOUHSSINE

Patient : MAGHRAOUI ABDELLAZIZ

Numéro de dossier :

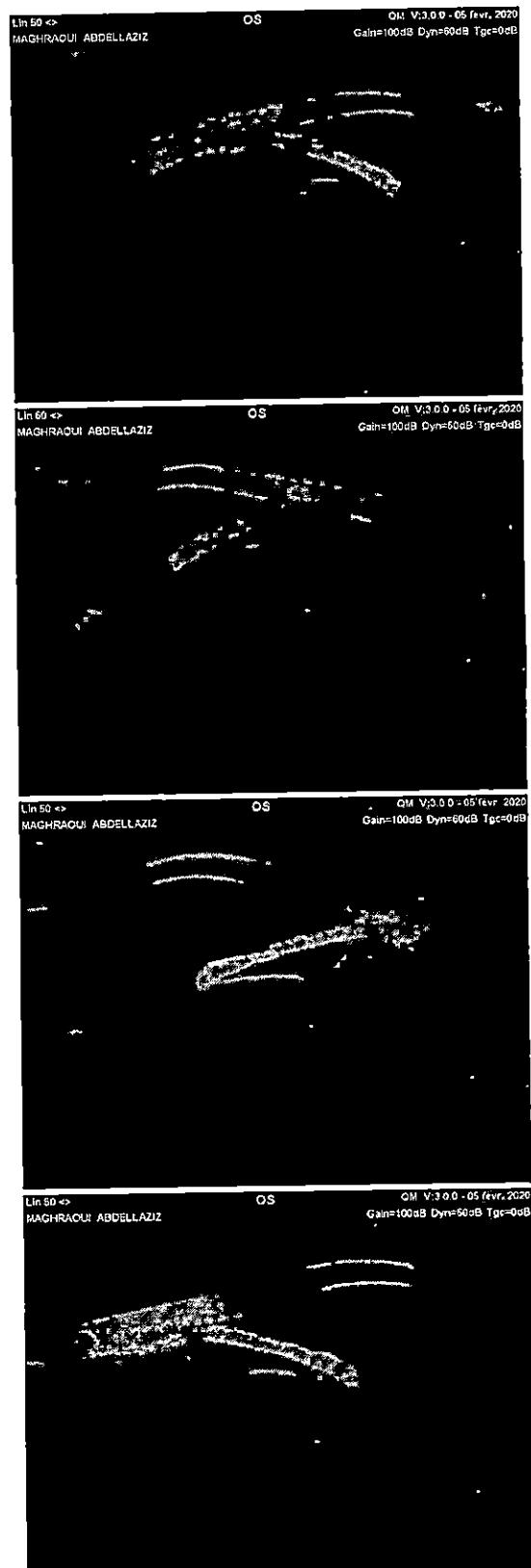
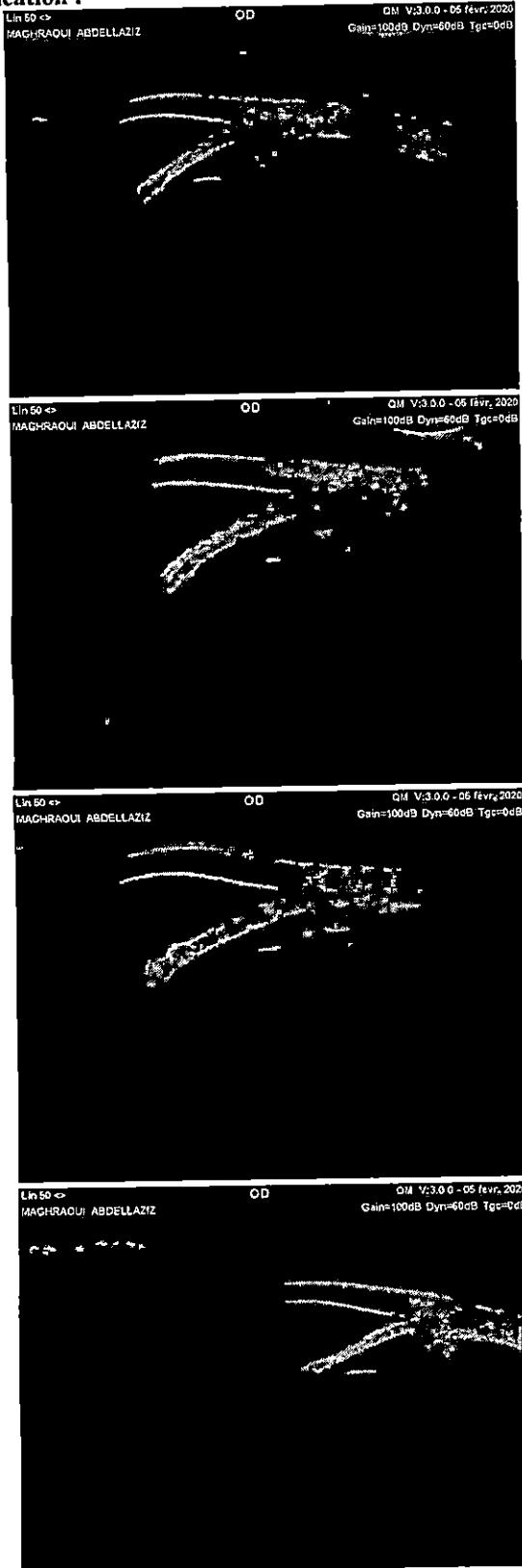
Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Date de naissance :

Indication :



DR D KHISY MOUHSSINE

Patient : MAGHRAOUI ABDELLAZIZ

Numéro de dossier :

Adresse :

Tel :

Sexe : Féminin

Date de naissance :

Indication :

