

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## diologie 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.

## éducation :

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 canaux, 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 canaux.

## 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



55955

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0000122

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05792 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SAÏN Abdel Samad Date de naissance : 02.01.1960  
 Adresse : RES WAF A IMM 44 APT 14 WIAI - OUMFA CAM  
 Tél. : 06-09 175400 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/12/2020

Nom et prénom du malade : Lehalo Najat

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : presbytie + Allergie 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 : CASABLANCA

Le : 17/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : SAÏN



# 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
17/12/2020	S + SH		250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

17/12/2020

446,00

INPE 092030949

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan d

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

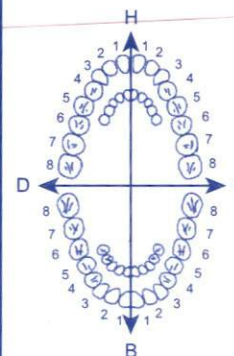
Coefficient

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)

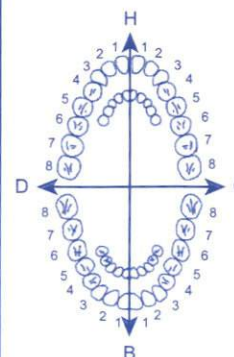
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 Karim NAYME**

**Ophtalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux



Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales

الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي و الشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca Le 17 décembre 2020

Mme LEHALI Najat

**XILOIAL ZERO**

1 gte 4-fois /j , dans les deux yeux, pendant 2 Mois

**LOTEMAX**

1 gouttes 4 fois/jour pendant 7 jours

1 gouttes 3 fois/jour pendant 7 jours

1 gouttes 2 fois/jour pendant 10 jours

1 gouttes 1 fois/jour pendant 10 jours , dans les de

**GEL LARMES**

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

**Xiloial ZERO**  
Moisturising, lubricant, sterile  
ophthalmic solution with  
1% polyvinylpyrrolidone and

PPC 139,00 DH

LOT

**Lotemax**

Etabonate de lotéprednol  
Suspension ophtalmique  
à 0,5 % (5 mg/ml)

**لوتيماكس**

إيتابونات اللوتيريدنول

UTILISATION  
هذا الدواء يوضع قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I)

بدون (أفافة ا)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N° 175/15 DMP/27/NRO

PPV = 112,50 DH

Lotemax is a trademark of Bausch & Lomb Incorporated  
or its affiliates.

© 2019 Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim C

بني الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) تجزئة النسيم البيضاء

+ 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

karim.nayme@gmail.com Cabinet ophtalmologie Dr n

Date fab.: تاريخ التصنيع  
Exp.: تاريخ الانتهاء  
N° de lot: الدفعة



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

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

**Lotemax<sup>®</sup>**

Etabonate de lotéprednol  
Suspension ophtalmique  
à 0,5 % (5 mg/ml)

**لوتيماكس<sup>®</sup>**

إيتابونات اللوتيريدنول

GITER VIGOREUSEMENT AVANT  
UTILISATION

هذه الفارورة بقوة قبل الإستعمال

Tableau A (Liste I)

جدول أ (قائمة 1)

Distribué par Zenith Pharma

AMM Maroc N° 175/15 DMP/21/NRO رت المغرب رقم:

PPV = 112,50 DH

Lotemax is a trademark of Bausch & Lomb Incorporated  
or its affiliates.

© 2019 Bausch & Lomb Incorporated or its affiliates.

Date fab. : تاريخ التصنيع:  
Exp : تاريخ الانتهاء:  
N° de lot : الدفعة: