

## 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.

Nº W19-587503

85675

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>		
Matricule : <b>H1285H</b>	Société : <b>R.A.M</b>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Adresse : <b>KAMAL IT Bloc:A lot 118 SETTAT</b>
Nom & Prénom : <b>CABRAL BEN Abdellah</b>		Date de naissance : <b>01-01-48</b>
Tél. : <b>06.644.366.19</b>		Total des frais engagés : <b>1163,20</b> Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>		
<b>Dr. RA GERMANE</b> Ophthalmologist Rue Doukkala, N°8 - Rabat Mohammed V - Tel: 023 31 20 09		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : <b>CABRAL BEN Abdellah</b> Age: <b>73</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <b>Seconde vision</b>		
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 : SETTAT**  
**Signature de l'adhérent(e) :**   
**Le :** **04/08/2011**

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
04/08/2021	Seance	0x1	1000,-	DP : 091063141141 MMI GJ

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie AL QODS</b> <b>DALOUDI EL Hassane</b> Dr en Pharmacie 46 Bd Med V Settat 05.23.40.20.64	04/08/2021	163.20

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.															
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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 PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</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></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

**Docteur M.QERMANE**  
**OPHTHALMOLOGISTE**



Diplomé De C.E.S. D'Ophtalmologie De France

Lauréat De la Faculté De Médecine De Lille

Diplomé De C.E.S. De Médecine Aéronautique

Ancien Ophtalmologiste Au Centre National

D'Ophtalmologie De Salé

Ancien Ophtalmologiste Attaché Aux Hôpitaux De France

**ANGIOGRAPHIE LASER**

Sur Rendez-vous

Mohammedia , Le : 04 / 08 / 2024

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
الفحص و العلاج بأشعة الليزر

الموعود

**الدكتور قرمان مصطفى**  
**اختصاصي في أمراض و جراحة العيون**

خريج كلية الطب بليل  
حاصل على شهادة طب الطيران

طبيب سابق بالمركز الوطني لأمراض العيون  
بسلا

زولا

Xola®

Lot: H 0185

Fab: 08 20

Exp: 08 22

PPV: 95 DH 20

95.20

XOLA

68.00

Diclo cos

163.20

19 gr/te



DICLODED 1 mg/ml  
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diour, Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



Pharmacie AL QODS  
DALOUADI EL Hassane  
Dr en Pharmacie  
46 Bd Med V Settat  
05 23 32 20 64



زنقة دكالة رقم : 7 - الفصبة - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 20 89 - الفاكس : 05 23 32 20 89

Rue Doukkala N°7- Kasba - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 20 89 - Fax : 05 23 32 20 89

E-mail : mq3@hotmail.com

**NOTE D'HONORAIRES**

Casablanca le ...01.08.2021.....

le Docteur.....D. LAFERMANE.....

a l'honneur de présenter ses compliments à (Mr/Mme)

.....M. CABRANE.....A. BAELLAH.....

et lui adresse selon l'usage sa note d'honoraires.

*Sur le dos  
yaf*

Soit la somme de : # 1000,-

.....1.000 Dhs.....

.....Dhs

**CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE**  
544, boulevard panoramique, californie,  
casablanca, maroc

Tél.: 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 05 00 - 05 22 30 15 15  
Fax.: 05 22 86 46 21

Cachet et signature