

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 001961

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RAHOUNE Jamila
 Date de naissance : 20/06/1952
 Adresse : IN 29 Apt N°: 4 2^e étage - Nour California
 CA SA
 Tél. : 0660168100 Total des frais engagés : X 742,30 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MOUSSAOUI Khadija
 Ophtalmologie Adulte et Ped. Afrique
 INPE 09 17 83 0 20
 Tél 05 22 87 12 96
 Date de consultation : 06/06/2022
 Nom et prénom du malade : RAHOUNE Jamila
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Glaucome
 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 : CASABLANCA

Le : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 Anglé 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

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
06/06/2022		05	300 dh	DR. MOUSSA Ophtalmologie Adulte & 20 N° 09 14 83 0 20 Tel : 05 22 87 12 96

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MAJOREL Coopérative Sofica N° 14 Ouled Taleb, Calfeur Casablanca - Tél : 05 22 87 12 96	06/06/2022	442,30

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 :

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

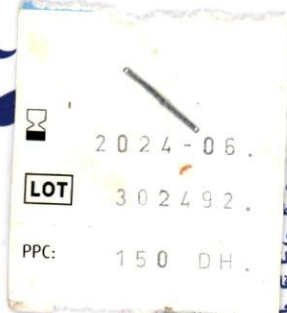
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Moussaoui Khadija

Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique



- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie



د. مساوي خ
طب و جراحة العيون

- أستاذة سابقا بجامعة
- خريجة جامعات الطب
- شهادة طب العيون للأذن
- شهادة طب الأعصاب و
- شهادة طب الأمراض ال
- شهادة العصبات الإصقا
- شهادة التصوير المقطع
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

06 juin 2022

Casablanca..... الدار البيضاء

Mme RAMOUNE Jamila

1/ TIMABAK 0.5% : collyre

1 goutte à 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

2/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

3/ LIPOSIC GEL

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

PHARMACIE MAJORELLE
Coopérative Sofaca I, N° 14
Ouled Taleh, Californie

05 22 50 81 42

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI



TIMABAK 0.50 %
Collyre 5 ml - PPV: 34,00 DH

LIPOSIC
Gel ophtalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

TIMABAK 0.50 %
Collyre 5 ml - PPV: 34,00 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI

Dr. MOUSSAOUI Khadija

ophthalmologie Adulte et Pédiatrique

INPE: 09 11 83 0 20

Tel: 05 22 87 12 96

TIMABAK 0.50 %
Collyre 5 ml - PPV: 34,00 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacie Responsable : Amine DAOUDI