

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 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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-550375

126523

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5037 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BELFADLA ABDERRAHIM

Date de naissance : 03.02.1960

Adresse : 240 Sidi BOUZID ELJADIDA

Tél. : 0661165395 Total des frais engagés : 344 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

OPHTALMOLOGISTE

6, Av. Mohamed VI Appt. N°4 - El Jadida

Tél : 05 23 35 13 08

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : BELFADLA ZAHARA ALEZANO

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection 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 : Sidi Bouzid

Le : 21/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
JUL 2022	C2	1	2000DH	INP : ANNO49A Dr. EL BOUYERMANI AHMADO OPHTALMOLOGISTE 14/07/24

Dr. EL BOUYERMANI AHMADOU
OPHTHALMOLOGISTE
6, Av. Mohamed VI, Apt 4
Tél: 0527 35 11 08 EL Jadida

PHARMACIE : 112053376
ICE : 0020408500376
0053
Pharmacie SIDI BOUZID
Dr. Ibn Saad Mohamed
Centre Commercial Sidi Bouzid
(Marché Sidi Bouzid)
Tél.: 05 23 34 82 81

EXECUTION DES ORDONNANCES
 Cachet du Pharmacien
 ou du Fournisseur

Date	Montant de la Facture
20/09/22	144,10

6.Avenue Mohamed VI
 Tél : 0523 35 11 08

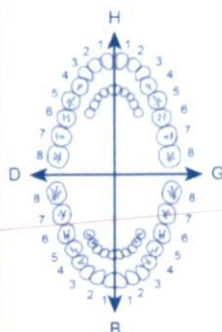
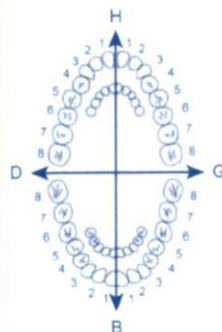
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 								
				MONTANTS DES SOINS 								
				DEBUT D'EXECUTION 								
				FIN D'EXECUTION 								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D G </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	B			MONTANTS DES SOINS 								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS 								
				DATE DE L'EXECUTION 								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI

SPECIALISTE DES MALADIES ET
CHIRURGIE DES YEUX

MICROCHIRURGIE - PHACOEMULSIFICATION
PAUPIERE- VOIE LACRYMALE

ANGIOGRAPHIE RÉTINIENNE
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NICE (FRANCE)

EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

الدكتور أحمدو البويرماني

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جلالة مافوق الصوتية

ليزر - تصوير أوعية الشبكة

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

ملحق سابقا بمستشفيات (نيس)

20/07/2022

El Jadida, le :

BELFADLA Zahra

ODG

- VISMED

COLLYRE

1 GTTE 3*/J

Pharmacie SIDI BOUZID
Dr. Ibn Saad Mohamed
Centre Commercial Sidi Bouzid
(Marché Sidi Bouzid)
Tél.: 05 23 34 82 81

1x 10 ml

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0.18%
Stérile, sans agent conservateur
Compatible avec des lentilles de contact rigides ou souples

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ikon
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10



16

1x 10 ml

Lubricant eye drops

Sodium hyaluronate 0.18%
Sterile, free from preservatives
Compatible with rigid or soft contact lenses

VISMED® MULTI

Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI
OPHTALMOLOGISTE

6, Av. Mohammed VI Appt. N°4 - El Jadida

Tél : 05 23 35 13 08

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

6, AVENUE MOHAMMED VI, APPT N°4 - EL JADIDA

Tél. : 05 23 35 13 08