

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-550375

126523

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	5037	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RECEPTE DE SOINS
Nom & Prénom :		BELFAÏLA ABDELLAH	
Date de naissance :		03 02 1960	Age : 59 ans
Adresse :		El Jadida Sidi Bouzid El Jadida	
Tél. :		0681165395	Total des frais engagés : 344 Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Ahmadou EL BOUYERMANI OPHTHALMOLOGISTE 6 Av. Mohamed VI Appt. N°4 - El Jadida Tél : 05 23 35 13 08			
Cachet du médecin : 9 AOUT 2022 Date de consultation : 20 JUIL 2022 Nom et prénom du malade : BELFAÏLA Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 21/07/22

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/07/22

VOLET ADHÉRENT

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
21.11.2022	2	1	2000 DA	INP : 11049000 Dr. EL BOUYERMANI AHMADOU OPHTHALMOLOGISTE 6, AV. Mohamed VI, Agdal 4 6, AV. Mohamed VI, Agdal 4 Dr. EL BOUYERMANI AHMADOU OPHTHALMOLOGISTE 6, AV. Mohamed VI, Agdal 4 6, AV. Mohamed VI, Agdal 4

EXECUTION DES ORDONNANCES Tél : 0527 35 11 08 El Jadida

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur
N° : 112053376
Dr. Ibn Saad Mohamed
Pharmacie SIDI BOUZID
Centre Commercial Sidi Bouzid
(Marché Sidi Bouzid)
Tél. : 05 23 34 82 81

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DEBUT D'EXECUTION _____
				FIN D'EXECUTION _____
				Coefficient DES TRAVAUX _____
				MONTANTS DES SOINS _____
				DATE DU DEVIS _____
				DATE DE L'EXECUTION _____

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 RETINIENNE
LASER-ARGON

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NICE (FRANCE)
EX. ATTACHE DES HOPITAUX DE NICE

الدكتور أحمد البوير ماني

اختصاصي 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

10 ml NO^o
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

1 x 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 Zoubir Iman
El Aouaz 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10



56

1 x 10 ml

Lubricant eye drops

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

VISMED® MULTI

INPE : 111049110 - ICE : 001665655000007 - CNSS : 63905847

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

Tél. : 05 23 35 13 08

Dr. Ahmadou ELBOUYERMANI
OPHTALMOLOGISTE
6, Av. Mohammed VI Appt. N°4 - El Jadida
Tél : 05 23 35 13 08