

## 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 : N° S19-0001758

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0818 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JENNATE NALIK Date de naissance : 12.06.49  
 Adresse :  
 Tél. : 0655568988 Total des frais engagés : 397,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. TJANI Maryam  
 د. مريم التجاني  
 Chirurgienne Ophtalmologue  
 طب وجراحة العيون  
 Centre d'Ophtalmologie Témara  
 INPE : 101263364

Date de consultation : 02/08/2022  
 Nom et prénom du malade : JENNATE NALIK Age : 73  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : ANETROPIE  
 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 : CAS Le : 02/08/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

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

| 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                                                                                                          |
| 21/01/2024                     | Cs                | Cs<br>01              | 25.000H                         | <p>Dr. TIJANI Meryam</p> <p>د. مريم التاجي</p> <p>Chirurgienne Ophtalmologue</p> <p>طبيب وجراحة العيون</p> <p>Centre d'Ophtalmologie Témara</p> <p>INPE : 101269391</p> |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                                                                                                                                      |          |                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                                                                                                                                                      | Date     | Montant de la Facture |
|  <b>AMRANI M'hamed</b><br>Pharmacien<br>46, rue Abderrahim Bouabou<br>(Ex Terrada) - Oasis - Casablanca<br>Tél: 05 22 25 34 85 | 02.08.22 | 147,00                |

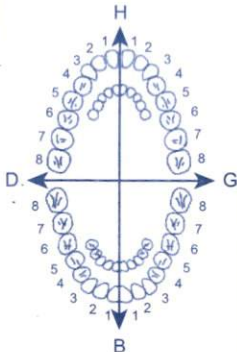
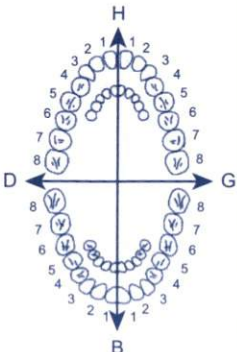
[illegible][illegible]

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES                                                          | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                                              |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE TEMARA مركز طب وجراحة العيون تمارة

Praticiens

الاطباء

**Dr. AL Baroudi Nada**  
Ophtalmologue

Diplômée des facultés de  
médecine de Rabat et de Paris

د. البارودي ندى  
طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
و باريس.

**Dr. Tijani Meryam**  
Ophtalmologue

Diplômée des facultés de  
médecine de Rabat et de Paris

د. التجاني مريم  
طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
و باريس.

Consultations  
Explorations  
Lasers  
Chirurgie

فحوصات  
الاستكشافات  
الليزر  
الجراحة

Secrétariat  
Tel : 05 37 61 37 38

Whatsapp :  
06 82 58 97 20

E-mail :  
ophthlmo.cot@gmail.com

02 août 2022

Mme JENNATE Malika

## THÉALOSE

1 goutte, 2 à 4 fois par jour, dans les deux yeux,  
pendant 2 Mois

Dr. TIJANI Meryam  
د. مريم التجاني  
Chirurgienne Ophtalmologue  
طب و جراحة العيون  
Centre d'Ophtalmologie Témara  
INPE : 101293961

AMRANI M'hamed  
AMRANI M'hamed  
24, Boulevard Abdelrahman Bouabid  
(Ex. Jerrak) - Oasis - Casablanca  
Tel: 05 22 25 84 85

