

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0017462

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0783 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : JAAFAR Mohammed
 Date de naissance : 03-0-1946
 Adresse : Hay Inara I Ave 16 N° 13
 Tél. : 0661801028 Total des frais engagés : + 3500 + 400 + 188 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/10/2022

Nom et prénom du malade : ENNASERY ANINA Age :

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

Nature de la maladie : Defectuelle

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 : Ann Chark Le : 01 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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.

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
26/10/2022	C+D 1FO		100000	


EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/10/2022	188,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILAIRES MEDICAUX

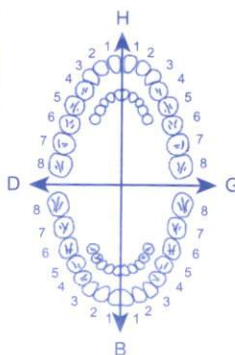
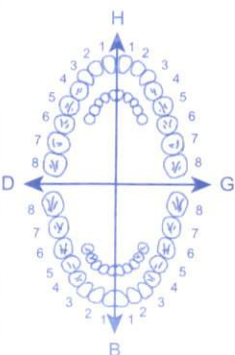
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
	26/10/2022	PC IM IV	3530,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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.Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie
de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض و جراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

26/10/2022

N° ENNAERY Annie

147,00

41. Theatose

41.00

27 x 4/200h

21 Gel de l'oeil

188,00

27 x 4/200h

27 x 4/200h

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen, 3ème Etage
N° 12 Casablanca - Tél.: 0522.86.54.29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421، شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

VR2762C/OMAR/0919

MA



3 66 042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEVA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

N° Homologation Maroc :

1573/2016/DMP/20/DM

PPC : 147,00 DH



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Ophtalmique de 10 g

Distribué par COPIER PHARMA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien Responsable:

Mme Amina DAOUDI

PPV : 41.00 DH





Facture N° 0002659

Casablanca, le : 1. 11. 2022

Mr (e) : ENNASery Adrina

N°de nomenclature: VL _____ / VP _____

Docteur : Lamyae Bou Rhaieb.

Monture : METAL 3000DH

Verres : 2v BRHA Progressifs AR (1.6) 2600DH

VL OD : $(165^\circ - 0.50) + 0.50$
OG : $(80^\circ - 1.25) - 2.00$
ADD = $+ 2.75$

VP OD :
OG :

Total : 3500DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Mille Cinq
Cent dinars


LHEND Abdelfettah
Opticien Optométriste
170 Rue 15 Sidi Maarouf 3
Aba chouaib Dokkali Casablanca

170, Bd Aba Chouaib Doukkali - Sidi Maârouf 3 - Casablanca

RC : 242266 - Patente : 34602206 - CNSS : 4913473 - IF : 45521215 - ICE : 001784537000020

Dr.Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophtalmologie

de l'Université Pierre-Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بو غالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le : 26/06/2022

LENNABERY Amour

Site n°2 centre/leh

OD +0.50 (-0.50 x 165°)
OS -4 (-1.25 x 80°)

2 free add

25: + 2.75



L'HEND Abdelfettah
Opticien Optométriste
170 Rue 15 Sidi Maarouf 3.
Aba chouaib Dokkali Casablanca

Dr. Lamyae BOURHALEB
Ophtalmologiste
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage
No 12 Casablanca - Tél: 0522 86 54 29

421, Bd Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail: bourhaleb_lamyae@menara.ma

421، شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75