

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0016846

137927

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Zeggani Mohamed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : 119, HAY AL WAHDA - EL ALIA
 20830, Mohammedia (Maroc)
 Tél. : 0633 266200 Total des frais engagés : 659,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ilham EL HAKOUR
 Ophtalmologiste
 Imn D n° 5 Central Park Rue
 ABDELMOUMEN-Mohammedia
 Tél: 05.23.30.17.17
 Date de consultation : 20/10/22
 Nom et prénom du malade : ZEGGANI Mohamed Age : 81-1-1942
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Chirurgie de la cataracte
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non
 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 : Mohammedia Le : 20/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
27/10/22	Us	5	6	

Dr. Ilham EL HAKOUR
Ophtalmologiste
Imm D. 5 Central Palace
ABDELMOUMEN-Mohammed
Tél: 05.23.30.17.17

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HASSANIA BERRI Nat. Ep. LBOUCHE 165, Bd. De la Résistance El Alia - MOHAMEDIA Tél. : 05 23 28 76 61	20/10/22	659,30

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 :

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Ilham EL HAKOUR

OPHTALMOLOGISTE

Maladies et Chirurgie Des Yeux

Ex-attaché à l'hôpital militaire d'instruction

Mohammed V de Rabat

الدكتورة إلهام الهاكورة
Me2-001684

أخصائية في طب و جراحة العيون

طبيبة سابقة في المستشفى

العسكري الدراسي محمد الخامس بالرباط

المحمدية، في.....

20 octobre 2022

Mr. ZEGGANI MOHAMED

PHARMACIE EL HASSANI,
N° 165, Bd. De la Résistance,
El Aïch MOHAMMEDIA
Tel. 05 23 28 76 61

1/ CATEX 500 MG BOITE 10 COMPRIME [Qte : 1]

1 cp x 2/j pendant 5 jours

2/ DICLODOL [Qte : 1]

1 goutte x 3 / jour PENDANT 2MOIS

3/ICOMB: COLLYRE [Qte : 2]

1 goutte 4 fois / jour pendant 07jours

puis 1goutte 3/j pendant 07jours

puis 1goutte 2/j pendant 07jours

puis 1goutte 1/j pendant 7jours

NON RENOUELE

4/CHIBROXINE [Qte : 1]

1 goutte 4/j pendant 8 jours

5/XAILIN Wash +

COMPRESSES STERILES 30X30 +

RONDELLES OCULAIRES ADHESIVES ADULTE BLANCHES

1LAVAGE OCULAIRE le matin

LE PANSEMENT OCULAIRE à changer chaque matin

UNIDOSE JETABLE A VIDER ENTIEREMENT ET A JETER APRES CHAQUE LAVAGE

6/ EOLE DUAL

1goutte 3 fois par jour, 2mois

7/ ODM5

1GOUTTE 3/J PENDANT 1MOIS

NB: A instiller dans l'œil opéré

BIEN SE LAVER LES MAINS AVANT L'INSTILLATION DES GOUTTES

Il est strictement interdit de changer la date de la consultation

Residence CENTRAL PARK, Imm D n°5 (1^{er} Etage), Rue Abdelmoumen - Mohammédia

رقعة عبد المؤمن إقامة سيوترال بارك، عمارة D رقم 5 (الطابق الأول). المحمدية

05 23 30 17 17

dr.elhakour@gmail.com

INPE : 091167411

06 07 44 48 97

140 avenue G. Guynemer
Cap Var - 06700
Saint-Laurent du Var - FRANCE
www.horus-pharma.com

Sterilpharma
PPC: 151,20 dh

→ 74,80

OPHTALMED
PPC
89.00 DHS

rat
jeu



6 118001 070817

CHIBROXINE 0,3%

Collyre en solution. Flacon de 5ml - PPV : 36,50 DH

Distribué par les Laboratoires SOTHÉMA
B.P. N°1 Boukoura - 27182 - MAROC



PPC: 135,00

LOT

E 01 22



07/2025

~~27,00~~

→ 27,00

~~17,20~~

→ 17,20

أيكومب
Icomb®

Lot:

Fab: Y L 0 0 5 4

Exp: 10 21
10 23

PPV: 30 DH 30

أيكومب
Icomb®

Lot:

Fab: Y L 0 0 5 4

Exp: 10 21
10 23

PPV: 30 DH 30

DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI