

# 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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société : 141088  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAHMOUNE Jamila  
 Date de naissance : 20/06/1982 - CASR  
 Adresse : IMM 29 APT NO-4 2<sup>ème</sup> étage NOUR  
 California - CHM  
 Tél. : 06 60 16 81 02 Total des frais engagés : X 1386,40 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MOUSSAOUI Khadija  
 Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
 INPE : 09 11 83 0 20  
 Tel : 05 22 87 12 96  
 Date de consultation : 03/11/2022  
 Nom et prénom du malade : RAHMOUNE JAMILA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Glaucome Sol. Se.  
 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 : CASR Le : 12/12/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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.



# 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
03.11.22	2022	es	300	<p>Dr. MOUSSAOUI Khadija</p> <p>INPE 09 11 83 0 20</p> <p>Tel: 05 22 87 12 96</p>
03.12.2022		Centil G		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAJOREL Coopérative Sofaca I. N° 14 Ouled Taleb, Califormie Tél: 05 22 50 81 42	03/Nov/22	355,00
Pharmacie MAJOREL Coopérative Sofaca I. N° 14 Ouled Taleb, Califormie Tél: 05 22 50 81 42	03/Dec/22	731,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

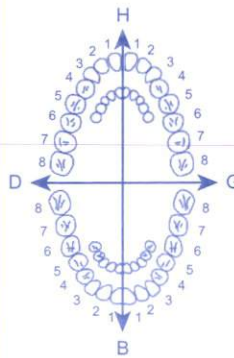
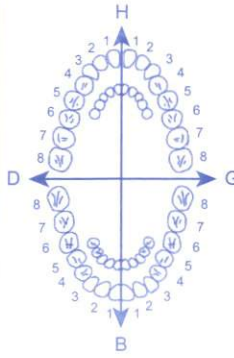
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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. Moussaoui Khadija

Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique



د. مساوي خديجة

طب وجراحة العيون للأطفال والكبار

- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- أستاذة سابقا بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة
- خريجة جامعات الطب بمراكش و باريس
- شهادة طب العيون للأطفال. باريس
- شهادة طب الأعصاب و العيون. باريس
- شهادة طب الأمراض الباطنية و العيون. باريس
- شهادة العدسات اللاصقة الطبية باريس
- شهادة التصوير المقطعي البصري باريس
- عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

03 décembre 2022

Casablanca ..... الدار البيضاء

Mme RAHMOUNE Jamila

98,80 x 3

1/ TIMOPTOL LP: collyre 3 flacons



1 goutte/ jour, le matin à 8h , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

115,00 x 3

2/ AQUALARM UP INTENSIVE FLACON 3Flacons



1 goutte 3 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

731,40

Dr. MOUSSAOUI Khadija  
Ophtalmologie Adulte et Pédiatrique  
INPE : 09 11 83 0 20  
Tel : 05 22 87 12 96

PHARMACIE MAJORELLE  
Coopérative Sofaca I. N° 14  
Ouled Taleb. Califorme  
Casablanca - Tel: 05 22 50 81 42

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

Acide hyaluronique à 0,2%

ZENITH Pharma

PPC : 145,00 DH

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml

PPV: 98, 80 DH

Distribué par SOTHEMA

B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

PPC : 145,00 DH

ZENITH Pharma

PPC : 145,00 DH

ZENITH Pharma

PPC : 145,00 DH



Dr. Moussaoui Khadija

Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique



د. مساوي خديجة

طب و جراحة العيون للأطفال و الكبار

- Ex Professeur et Enseignante à l'université Med VI des sciences de la santé
- Diplômée des Universités de Médecine de Marrakech et Paris
- DIU en ophtalmologie pédiatrique. Université Paris Descartes. Paris
- DIU en neuro-ophtalmologie. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en oeil et médecine interne. Université Pierre et Marie Curie. Paris
- DIU en Adaptation des lentilles de contact. Paris
- DIU en Tomographie en cohérence optique. Paris
- Membre de la société française d'ophtalmologie

- أستاذة سابقا بجامعة محمد السادس لعلوم الصحة
- خريجة جامعات الطب بمراكش و باريس
- شهادة طب العيون للأطفال. باريس
- شهادة طب الأعصاب و العيون. باريس
- شهادة طب الأمراض الباطنية و العيون. باريس
- شهادة العدسات الإصقة الطبية بباريس
- شهادة التصوير المقطعي البصري بباريس
- عضو الجمعية الفرنسية لطب و جراحة العيون

03 novembre 2022

Casablanca ..... الدار البيضاء

Mme RAHMOUNE Jamila

1/ TIMOCOMOD : collyre

1 goutte à 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois 3 flacons

2/ HYLOCOMOD COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois 3 flacons

3/ LIPOSIC GEL

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois 3 tubes

355,00

**PHARMACIE MAJORELLE**  
Coopérative Sofaca L. N° 14  
Ouled Taleb, Casablanca  
Casablanca - Tél. : 05 22 50 81 42

**Dr. MOUSSAOUI Khadija**  
Ophthalmologie Adulte et Pédiatrique  
INPE : 09 11 83 0 20  
Tel : 05 22 87 12 96

Steripharma

PPV: 103,00 dh

A utiliser avant: / Lot n°



2 0 2 4 - 1 1

LOT

3 0 3 7 6 9

PPC:

1 5 0 D H

LIPOSIC

Gel ophtamique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC

Gel ophtamique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC

Gel ophtamique 10 g

ZENITH PHARMA

PPV: 34,00 DH

ADSP n° 220 DMP/21/NNP