

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.

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

N° W21-769354

141829

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08652 Société : R.A.M.
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI MUSTAPHA
 Date de naissance : 10/01/1970
 Adresse : 2414 Rue ABU DAR AL GHAFARI
 22111, Berrechid
 Tél. : 6670 56 20 56 Total des frais engagés : 1304,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 23/11/2022
 Nom et prénom du malade : MAAROUFI Asmaa Age : 27 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Glaucome
 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 : Berrechid Le : 18/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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
31/12/22	a			
05/12/22	a			

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	22/12/22	47,60
		57,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/12/22	Examen panoramique	1200,00
		Examen latérale	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	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														

05 décembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

Dr. ABEDOU Samir
Ophtalmologiste
INPE : 10119883

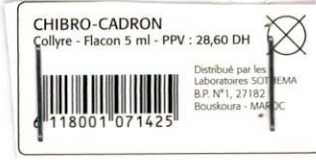
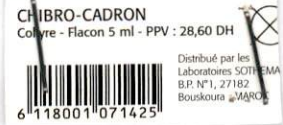
23,60 x 2

CHIBROCADRON

1 GOUTTE, 5 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours
1 GOUTTE, 4 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours
1 GOUTTE, 3 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours
1 GOUTTE, 2 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours
1 GOUTTE, 1 FOIS PAR JOUR, pendant 8 jours

TRAITEMENT POUR OEIL DROIT

EZZAHRA TOP SANTE sarl au
Pharmacie
62, Bd Hassan Ibnou Tabit Hay Ezzahra
Borrechid - Tél: 0622 32 80 39



23 novembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

19,00
DIAMOX 250 MG

1/2 cp ce jour

25/6
CHIBROCADRON

1 goutte 5 fois par jour pendant 5 jours

puis 1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours, dans l'œil gauche, pendant 8 jours

77/60
traitement pour l'oeil droit

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH



Distribué par les
Laboratoires SOFIMA
B.P. N°1, 27182
Bouskoura - MAROC

EZZAHRA TOP SANTE sarl au
Pharmacie
62, Bd Hassan Ibnou Tabit Hay EZZahra
Berrechid - Tél: 0522 32 80 39

DR. AHMEDDOU Samia
Ophthalmologiste
INPE : 101199883

OPHTALMOCLINIC NOOR

مصحة العيون النور

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat الرباط , أكدال , المتحدة , أمدال , 10 شارع الأمم المتحدة , أكدال , الرباط

☎ 0537 911 911

✉ contact@ocn.ma

🌐 www.ocn.ma

23 novembre 2022

Mme MAAROUFI Asmaa

Laser Yag
IP (glaucome pigmentaire)

Dr. AHMEDDOU Sanaa
Ophtalmologiste
INPE : 101199883

OPHTALMOCLINIC NOOR

10, Avenue des Nations Unies, Agdal, Rabat
Tél : 0537 911 911

100064245



F A C T U R E

N° 8 108 / 2022 du 23/11/2022

Nom patient	MAAROUFI ASMAA	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	23/11/2022	23/11/2022

IRIDOTOMIE AU LASER YAG

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
IRIDOTOMIE AU LASER YAG	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total				1 200,00

	Total général	1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		

Notre compte bancaire : CREDIT AGRICOLE DU MAROC 225810039913137651011307

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	1 200,00			1 200,00	0,00

OPHTALMOCLINIC NOOR SA
10, Avenue des Nations Unies,
Agdal - Rabat (Ex)
Tél : 0537 911 911