

## 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- 54382

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société : 143854  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom :  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture  
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																			
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>																		
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																		
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H																					
	25533412	21433552																				
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																			
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																			
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																				



P 17 / 050335

DATE DE DEPOT

02 / 01 / 2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2135
Nom & Prénom			MOHAMMED KGUIEGU
Fonction	Phones		0536501309
Mail HAYEZANGA LOUS B. M. ELBAUHLALI M. 82.000			
MEDECIN	Prénom du patient Parnabti yaminy		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1956
Nature de la maladie		Date 29/11/2022	
Sècheuse Oculaire		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
C		250 DH	
PHARMACIE	Date 29/11/2022		
Montant de la facture 303,20			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		CACHET
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV



# Dr. Zaineb LAMARI

## Ophtalmologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine de Fès  
Ancien Médecin au CHU Hassan II - Fès  
Diplômée de l'Université de Bordeaux  
Diplômée de l'Université de Brest.  
Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

- Chirurgie de la rétino-vitréenne
- Chirurgie de la cataracte - Réfractive - Strabisme
- Ophtalmologie pédiatrique
- Chirurgie des voies lacrymales - Glaucome
- Adaptation des lentilles de contact
- Angiographie - OCT - Laser - Echographie
- Topographie cornéenne - Cross-linking



## الدكتورة زينب العماري

### أخصائية طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الطب بفاس  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس  
حاصلة على دبلوم من جامعة بوردو في جراحة وتصوير الشبكية  
حاصلة على دبلوم من جامعة بريست في الجراحة الأنكسارية  
عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون
- جراحة الشبكية - جراحة الجلالة - الجراحة الإنكسارية
  - مرض الزرق - الحول - طب عيون الأطفال - العدسات اللاصقة
  - فحص وتصوير شبكية العين - الليزر
  - الإيكوغرافيا (الموجات فوق الصوتية)
  - طوبوغرافيا القرنية - عملية تثبيت القرنية

29 novembre 2022  
Oujda, le : .....

Mme LAMRABTI Yamina

#### 1/ OPATANOL

1 goutte 2 fois par jour ODG 04 MOIS

#### 2/ FLUCON

1 gtte 4 fois par jr pendant 03 jours  
1 gtte 3 fois /jr pdt 3jrs  
1 gtte 2 fois/jr pdt 3 jrs ODG

#### 3/ LOCAPRED CRÈME

1 application / jour SUR LES PAUPIERES 10 JRS ODG

#### 4/ OCUYAL GEL

1 gtte 3 fois par jour ODG 03 MOIS

#### 5/ ERLUS

1CP/ JR 01 MOIS

LE CODE INPE  
081239394



32, Boulevard Hassan II ( Route Sidi Yahya) entre café Al Manar et Café Fadae Qobros - Oujda  
رقم 32 شاع الحسن الثاني (طريق سيدي يحيى) بين مقهى المنار ومقهى فضاء قبرص - وجدة الطابق السفلي

Email : drophtzlamari@gmail.com - Tél : 05 36 53 82 14 - 06 32 26 81 54

Cabinet d'Ophtamologie Oujda Dr. LAMARI COOZL

6 118001 070442  
Laboratoires Sothema Bouskoura  
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ  
PPV : 90,70 DHS  
407253 MA

6 118001 070244  
Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS  
Remboursable AMO  
406865

LOT : 22E008  
PER: 08 2024  
LOCAPRED 0,1%  
CREME 115G  
P.P.V : 16DH60  
6 118000 010951

PPV  
LOT  
PER  
73,40  
Erlus® 5 mg  
28 Comprimés Pelliculés  
6 118000 180876

ISOPHARM  
OCUYAL  
GEL 0.30 %  
99.90 dhs  
Principio attivo: diclofenac

8 019894 803019  
LOT  
LOT