

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

- 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

N° W21-644321

178398

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7013 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUGARI SAID
 Date de naissance : 6 Janvier 1964
 Adresse : LOTAL BOORTOKAL HAY LAIMOUNE
 VILLANR 22 WSCAFA
 Tél. : 0661093333 Total des frais engagés : 638,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 09/08/2023
 Nom et prénom du malade : BOUGARI SAID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, compléter 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 : 11 OCT 2023
 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 |
| 09/09/23 | CS | | 2500 | INP : [] [] [] [] [] [] INPE: 091242545 SAIFAOUNE Médicologue [Signature] |

INPE: 091242545

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|------------|-----------------------|
| Gache du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| 6 | 09/08/2023 | 180,60 |
| | 09/08/2023 | 188,60 |

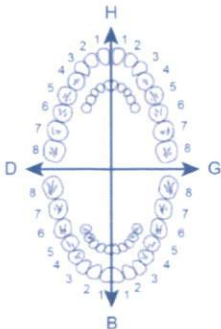
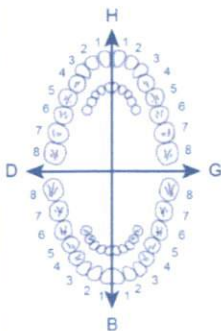
[illegible][illegible]

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 | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|---|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|
|  | | | | 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

OUI

د. نورة الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريست
طليبية سابقة بمستشفى غشت - الدار البيضاء

Diplôme de formation médicale spécialisée de Paris - Diderot
Diplôme de chirurgie réfractive de Brest - France
Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (Kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



ORDONNANCE

Casablanca, le 09 Août 2023

Mr. BOUGARI Said

LOTEMAX

- 1 goutte 3 fois par jour pendant 5 jours
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 5 jours
- 1 goutte 1 fois par jour pendant 5 jours, dans les 2

HYLOCOMOD: COLLYRE

1 goutte 4 à 6 fois par jour et à la demande, dans les deux yeux,
pendant 3 Mois

CORNEREGEL

1 application par jour le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 1
Mois

POUR LE DOCTEUR:
Voir la notice.

راجع نشرة العبوة

**AGITER VIGOREUSEMENT AVANT
UTILISATION** ترج القارورة بقوة قبل الاستعمال

Tableau A (Liste I)

جدول (أ) قائمة (أ)

Distribué au Maroc par Zenith Pharma

رخصة المغرب رقم: AMM Maroc N°: 60/20 DMP/21/NNP

PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée de Bausch & Lomb
Incorporated ou de ses filiales.

لوتهماكس علامة تجارية مسجلة لشركة Bausch & Lomb
Incorporated أو الشركات التابعة لها.
© 2020 Bausch & Lomb Incorporated أو Bausch & Lomb Incorporated 2020 ©
الشركات التابعة لها.



193, شارع أم الربيع (قرب ليديك) الطابق الأول رقم 1 الألفة - الدار البيضاء

193, Bd Oum Rabiaa (à coté de Lydec) 1er Etage N° 1 Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 93 03 80 - GSM : 07 66 05 95 66 - E-mail : drnora.saifaoui@gmail.com

6 118001 0701
 CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml
 A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ
 Laboratoires Sothema
 PPV: 45,90 DHS

6 118001 070596
 Laboratoires Sothema Bouskoura
 Torabine 0,2/0,1% collyre en suspension, 5 ml
 A.M.M. N° 524/18 DMP/21/NTO
 Botte de 1 flacon.
 PPV: 35,70 DH

HER MEDIC
 PPC
 99.00 DHS

Diplôme de Spécialisation de Brest - France
 Ancien Médecin de l'hôpital 20 Août de Casablanca

- Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
- Chirurgie réfractive
- Maladies et chirurgie des paupières
- Maladies de la cornée (kératocône)
- Maladies de la rétine
- Echographie, Angiographie, OCT et Lasers



ORDONNANCE

Casablanca, le 09 Août 2023

Mr. BOUGARI Said

PHYLARM. LAVAGE CL

1 lavage oculaire 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

CILOXAN COLLYRE

1 goutte 4 fois par jour
 , dans les deux yeux, pendant 8 jours

TOBRADEX COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour pdt 5 jrs
 1 goutte 2 fois par jour pdt 5 jrs
 1 goutte 1 fois par jour pdt 5 jrs , dans les deux yeux



دبلوم تدريب تخصصي
 دبلوم الجراحة الإنكسار
 طبيب سابقة بمستشفى
 - جراحة الجلالة بالليزر
 - تصحيح البصر
 - أمراض الدموع وجراحة الجفون
 - أمراض القرنية
 - أمراض الشبكية
 - الليزر