

# 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.

M23-001906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID 184185  
 Date de naissance : 26.06.1949  
 Adresse : cité ATTADAMOUNIE Rue 2 N° 6  
OLFA CASABLANCA  
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 614,14 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17.10.2019

Nom et prénom du malade : E. P. Mousti R. Achid Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : pi. cation

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 24 NOV 2019

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 : CASABLANCA

Le : 17.10.2019

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

## RELEVE 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
1 OCT 2023	CS		300,00	
	examen final de po		100,00	Dr MAZZOUZ Hanane DENTALMOLOGISTE 511 Bd AL AÏD - Casablanca Tel: 05 23 52 25 26
	T.P. et		400,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie 111 Dr. BENANI Jaafar Bd Oued Sebou, Oujda CASABLANCA - Tél: 05 22 90 18 90	18-10-2023	214,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

## RELEVE 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 canalaire, 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
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

**[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**



17 - 10 - 80 83

### Note d'honoraires

Patient (e) : EP Mousti Rachid

Examen réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique : 300,00 Dh ( Trois cents dirhams )

Examen du fond de l'oeil : 100,00 Dh ( Cents dirhams )

Total réglé : 400,00 Dh ( Quatre cents dirhams )

Dr MAZZOUZ Hanane  
OPHTHALMOLOGISTE  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tél : 0522 522 526

لا تغير تاريخ الفحص

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: opthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**  
Al Qods California

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplomée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et lasers de

l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire

de l'université François Rabelais, Tours

Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact



**مركز طب وجراحة العيون**

(القديس) كاليفورنيا

**الدكتورة حنان مزوز**

(المنصورية) في (القديس) وجراحة العيون

دبلوم وجراحة الجلاة والليزر

وتقدير البصر من جامعة فيكتور سكانلن بيوردو

العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجاري الدم

le mardi 17 octobre 2023

Monsieur EL MOUSTI Rachid

Pharmacie TAM  
Dr. BENANI Jaafar  
302, Bd Ousd Sabou, Oujda  
- CASABLANCA -  
Tél: 05.22.90.18.99  
A/S  
WFL

**CROSS®**  
Acide hyaluronique réticulé  
CrossLinked Hyaluronic Acid

PPC: 105,00

0,4%  
(4 mg/ml)

SOUVENTAGE LA SÉCHERESSE OCULAIRE

- CROSS collyre unidose : dans les 2 yeux

Utiliser l'unidose ouverte pendant 24 heures

1 goutte 3 fois par jour ODG en cas de besoin

109,00 - xifai af,  
Dr MAZZOUZ Hanane  
511 Bd Al Qods California  
Tél: 05 22 52 52 52 --  
105,00 1 g cette 3 fois par jour  
TTL 214,00

لا نغير تاريخ الفحص

**Xiloial®**

**Composition:** Sodium hyaluronate 0,2%; TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide); mannitol; dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium edetate; benzalkonium chloride, WFI.

Do not use after expiry date.  
Once opened the bottle the product  
can be used within 30 days.  
Keep out of the reach and sight of  
children.

**Composition:** hyaluronate de sodium 0,2%, TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide), mannitol, phosphate de sodium monobasique, phosphate de sodium dibasique, disodium édétate, chlorure de benzalkonium, eau ppi.

Ne pas utiliser le produit après la date de péremption indiquée sur la boîte.

Après l'ouverture, le flacon peut être utilisé dans les 30 jours qui suivent. Conserver hors de la portée des enfants.



FARMIGEA

FARMIGEA

Tél : 0 522 522 526 - GSM:

الدار البيضاء، 511 سطح اول، بني ملال، كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods California, 2<sup>me</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INP

PPC 109,00 DH