

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-003269

18/2/15

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00479 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FANGAR AHMED

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Résidence 2e maison AG-B=Ghoudi et

yacoub 2e maison 1M.37 APP.6 CASA

Tél. 0663295031 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
Professeur Ophthalmaplogiste  
Professeur Ouafae BENCHEKROUN  
Rés. du Palais, Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 0662 55 19 36

Date de consultation : 30/11/2015

Nom et prénom du malade : Fangoor Ahmed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Vice de l'œil

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 : Casablanca le 01/12/2015 Le : 01/12/2015

Signature de l'adhérent(e) :

8

#### **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
30-11-23	(S)		300 DH	Professeur Ouafae BENCHEKROUN Ophtalmologiste Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca Tél/Fax : 0522 36 37 08 Urgence : 0662 55 19 36

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULMÈS CASA S.A.R.L.A.D Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca	30/11/23.	299,10. INPE 092047489

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

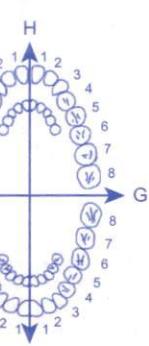
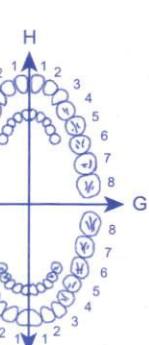
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Début d'exécution														
				Fin d'exécution														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>			H	D	G	25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	
H	D	G																
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux														
				Montants des soins														
				Date du devis														
				Date de l'exécution														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur Ouafae BENCHEKROUN

Ex. Enseignante à la faculté de Médecine  
de Casablanca



## Maladies et Chirurgie des Yeux

### Chirurgie vitéro rétinienne

Angiographie - Laser

Adaptation de Lentilles de Contact

# الدكتورة وفاء بنشقرن

أستاذة سابقة بالتعليم العالي بكلية

الطب بالدار البيضاء

اختصاصية في طب وجراحة العيون  
جراحة الشبكية

تدليل أوعية الشبكية - الليزر  
عدسات الاتصال

Casablanca , le

30.11.23

الدار البيضاء في

Tan Gar Ahmed

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Phyfarm

101.00

Aj's

26,50

Tofrea 600 mg

Aj's

Soptte x 6

\* 109,00

Hce

Aj's

170 x

Lopite x 3

ébahee pdle AS 60 j.  
69,00 Saff le soy  
299 L10.

CILOXAN® 0,3%  
POMMADE OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g Remboursable AMO  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 412/180MP/21/NRQ  
PPV: 60,00 DHS  
  
6 118001 070855  
692274 MA

PHARMACIE OULMES CASA  
S.A.R.L.A.U  
Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca  
Tél: 0522 36 08 06

Professeur Ouafae BENCHEKOUN  
Ophtalmologiste  
Rés. du Palais Bd Ghandi Casablanca  
Tél/Fax : 0522 36 37 08  
Urgence : 066255 19 36

26,40



**Soyez très prudent**  
Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER**  
**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRIPTIONS**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

**TOBREX® 0,3 %**  
**COLLYRE EN SOLUTION**

Tobramycine  
Flacon de 5 ml

**% 0,3 °**  
 قطرات للعين على شكل محلول  
 توبراميسين  
 قارورة من سعة 5 مل

**TOBREX® 0,3 %**  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

conforme pour usage oculaire

# PhyLarm



HER MEDIC

16 un

PPC

0 ml

104.00 DHS

À chaque fois  
que l'œil est irrité