

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

- Reclamation : 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.

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° M21- 042688

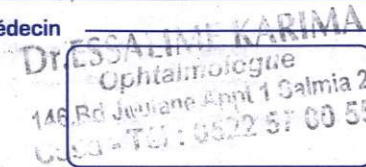
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique 192697 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00739 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUJRADA Ahmed
 Date de naissance : 01.01.1942
 Adresse : Salma 2 Rue 1 IMM 75 APT 1 CABA
 Tél. 0666349769 Total des frais engagés : 1032,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 01 / 2024
 Nom et prénom du malade : Boujrada Ahmed Age: 82 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : CABA Le : 03 / 01 / 2024
 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
03/01/2024		05	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

03/01/24 732,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

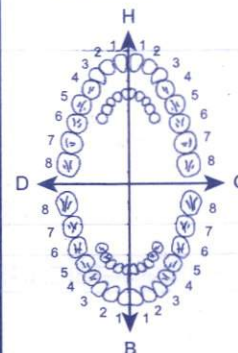
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

DEBUT D'EXECUTION

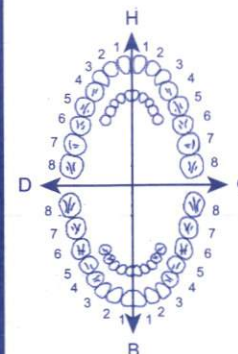
FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et

des maladies des yeux

Ophth

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2.5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192-10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2.5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192-10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2.5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192-10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/mL + 5 mg/mL
Collyre en solution, 2.5 ml
Boîte de 1 flacon
Sothema Bouskoura
PPV : 192-10 DH
AMM N° 591/18 DMP / 21/ NRQ

Laser



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر

طب العيون للأطفال

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

العندسات اللاصقة

PHARMACIE BELLOUCH
Rue 1 N°116 Salmia II Sba
Casablanca
Tél: 05 22 38 36 84

03 janvier 2024

Mr BOUJRADA AHMED

19210x3

DUOTRAV [Qte : 3]

une goutte par le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

HYFRESH collyre

130,00

1goutte 6 fois par jour pdt 10 jours

1goutte 4 fois par jour pdt 2 mois, dans les deux yeux

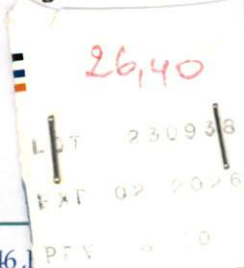


TOBREX: collyre

26,40

1 goutte 4 fois par jour, pdt 1sem

1 goutte 3 fois par jour, pdt 1sem dans les deux yeux



732,70 DM

Dr. ESSALIME Karima
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia 2
Casa - Tel: 0522 57 00 55

146, appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60

05 22 57 00 55 : الهاتف 2، السالمية، الأول - الطابق الأول - رقم 1، شقة رقم 1، شارع الجولان،

ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et
des maladies des yeux
Ophtalmologie pédiatrique
Cataracte - Angiographie & Laser
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمة

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
طب العيون للأطفال
تصوير أوعية الشبكية والليزر
العدسات اللاصقة

Le 03/01/24

Certificat médical

Je soussignée

Dr. ESSALIME Karima
Ophtalmologue
146, Bd Joulane Appt 1 Salmia 2
Casa - Tel: 0522 57 00 55

Certifie

que Mr. Bourachia Ahmed présente un
glaucome chronique bilatéral et nécessite
un traitement à vie - à base de Collyre

Hypotonisant.

Ce certificat est délivré à l'intéressé pour
servir et valoir ce que de droit

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca, Maroc. Tél: 0522 57 00 55
05 22 57 00 55 : الهاتف : السالمية 2، الطابق الأول - شقة رقم 1، شارع الجولان، 146،
ICE: 001781653000094 / IF: 15204047 / INPE: 091034553

16 7 3 9



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

BOUJRADA Ahmed

Matricule : 00739

N° CIN : B.505143

Adresse :

Salmia 2 Rue 11M 75 APT 1 CASA

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent☐ Conjoint☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialité :

Ophtalmologie

N° ICE :

ICE N°:

N° INPE :

091034553

Certifie que Mlle, Mme, M.:

001781653000094 Boujrada Ahmed

Nécessitant un traitement d'une durée :

☐ < 3 mois☐ Entre 3 et 6 mois☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- Glaucome chronique OX - + Sd sec sévère OX -

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : DuoTray Collyre + HyFresh Collyre

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANCA le 05/01/2024

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. ESSALIME KARIMA
 Ophtalmologue
 116, Bd. Souhane Appt 1 Salmia 2
 Casa - Tél: 0522 57 00 55

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées