

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0042604

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 339 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 19586
Nom & Prénom : AILI ELHOSSINE
Date de naissance : 30/06/1942
Adresse : ite OULFA GIK Rue 162 N13 Casablanca
Tél. : 0522900469 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19.02.2024
Nom et prénom du malade : AILI ELHOSSINE Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
13/04/24	Ar		250,00	Dr. SAÏFAOUDIN Ophtalmologiste 193, Bd Oum Rabil, Etage 1 Oujda - Casablanca Tél : 05 22 93 93 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Massira Hassania
Dr. Lella HAOUZIR
193, Bd Oum Rabil, Etage 1
Oujda - Casablanca
Tél : 05 22 89 57 77

13/2/2024
671,30

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

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

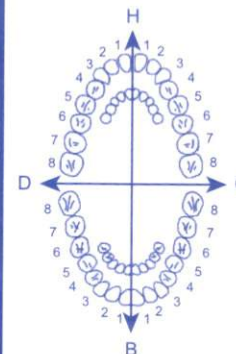
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



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 00000000 G
35533411 11433553
B

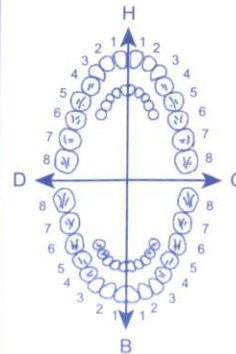
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

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

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nora SAIFAOU

Ophthalmologiste

Adultes & Enfants

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



د. نورة الصيفاري

طب وجراحة العيون

كبار وصغار

دبلوم تدريب تخصصي في طب العيون بباريس
دبلوم الجراحة الانكسارية تصحيح النظر ببريست
طبيبة سابقة بمستشفى 20 غشت - الدار البيضاء

- جراحة الجلالة بالليزر
- تصحيح البصر
- أمراض الدموع وجراحة الجفون
- أمراض القرنية
- أمراض الشبكية
- الليزر

ORDONNANCE

Casablanca, le 19 février 2024

Mr AILI El Houssine

192.10 x 3

DUOTRAV

une goutte par jour le soir , dans les deux yeux, pendant 6 Mois

XAILIN ha

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

94

670.30



Dr SAIFAOU
Ophthalmologiste
Médecin agréé permis de conduire
193, Bd Oum Rabii, 1er Etage Oulfa
Casablanca - INPE: 091242545
Tél: 05 22 93 03 80

193, شارع أم الربيع (قرب ليذك) 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 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

Remboursable AMO
 407393 MA

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

Remboursable AMO
 407393 MA



lum
ins
eter
re
pl.
des
2,2%
id 28
liu 0,2%
z aposa
e lisa la

**OPHTALMED
PPC
94.00 DHS**

100028
 AW-00083 Rev. 1
 4-SCHY2MD-24-ME-CV2
 0,2% m/v, Natriumperborat, in wässriger
 gepulverter Trägersubstanz, Inhalt 28 Tage

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

Remboursable AMO
 407393 MA

المصنع :
 -Couvreur N.V.
 weg 14, B-2870- Puurs, België
 ted El Masnou, S.A., Camil Fab
 snou, Barcelone, Espagne

Pharmacie Massira Hassania
 Lot Massira Hassania Rue 6 Oujda
 Casablanca - Tél : 05 22 89 57 77

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6
MOIS**

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

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

Nom et prénom :

AILI EL HOUSSINE

Matricule :

339

N° CIN :

Adresse :

cite OULFA G: K Rue 162 N13 Casa

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Dr SAÏFAOUI NORA

Spécialité :

Ophthalmologiste

N° ICE :

0023 0816 30 0062

N° INPE :

091242595

Certifie que Mlle, Mme, M. :

AILI EL HOUSSINE

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 :

**Hypertension oculaire
Excoriation Papillaire ODB**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

**Drostanolone
Xalatan HA**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à :

CASABLANCA le 19/02/24

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr SAÏFAOUI NORA
Ophthalmologiste
Médecin agréé permis de conduire
193, Bd Oum Rabil, 1er Etage Oulfa
Casablanca / INPE: 091242545
Tél: 05 22 93 03 80

* Cette déclaration est renouvelable une fois

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