

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-014488

198604

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03431

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUROUTI HAMID

NE

Date de naissance : 06.08.58

Adresse : Résidence Salsabil N°36 Bd Mohamed Ben Abdellah Casablanca

Tél. : 0667910375

Total des frais engagés : 1511,700 Dh

### Dr. Dalila SEBA IDRISI

Ophtalmologiste

84, Bd My Driss 1er  
Tél. 05 22 86 06 06

INPE: 091033100

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 DEC 2023

Nom et prénom du malade : ZOUROUTI Hamid Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

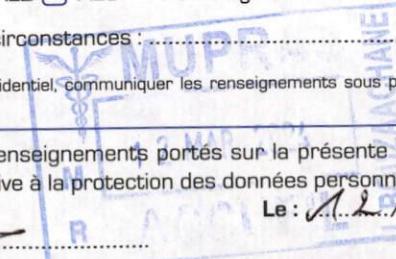
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

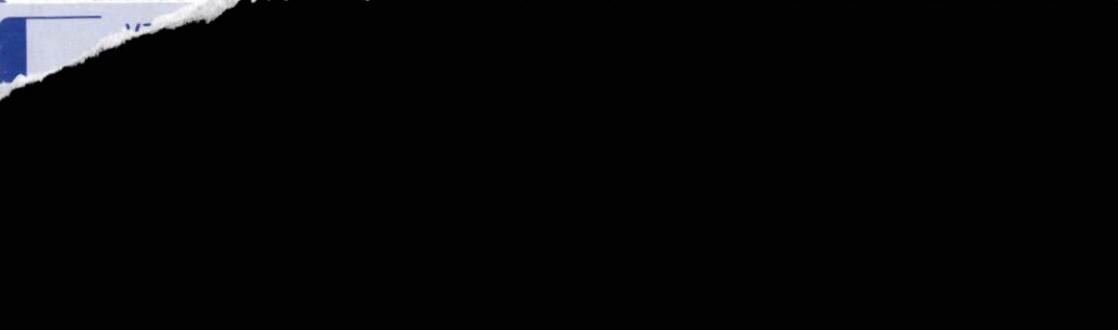
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 12/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : 



g



## 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
21 DEC 2023	Ophtalmologie	02	3500 Dhs	Dr. DRISSI Ophtalmologue 84, Bd Mly Driss 1er Tél: 05 23 66 06 06 INPE: 091033100

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

A circular blue ink stamp. The outer ring contains the text "PHARMACIE DE LA HOSSE" at the top and "F.F.I.D.A." at the bottom. The center of the stamp contains the date "15 JUILLET 1936".

Date	Montant de la Facture
21/12/23	1211,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

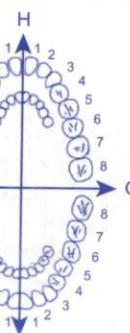
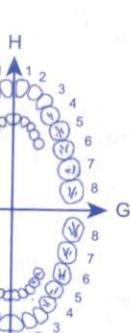
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Docteur Dalila SBAI IDRISI

Ophtalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالمواوج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le ..... 21 décembre 2023 .....

Mr ZOUROUTI Hamid

149,60x09  
192x10

DUOTRAV



une goutte le soir à heure fixe non stop

91,50x04

ALPHAGAN: collyre



1 goutte 2 fois par jour; 8h30 et 20h30

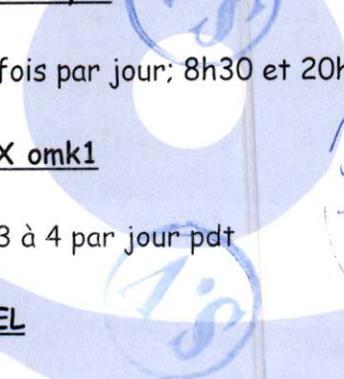
VISNEUROX omk1

71,10x02

1 goutte x 3 à 4 par jour pdt

76,10x02

CORNEREGEL

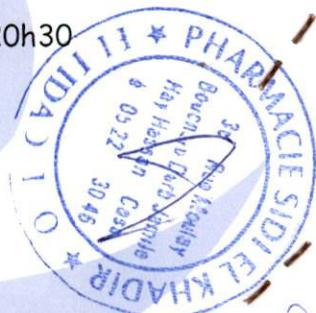


une application généreuse le soir au coucher pdt

Traitements pendant : 4 Mois , dans les deux yeux

12.11.70

لا يقبل أي تغيير ل التاريخ الفحص



Dr. Dalila SBAI IDRISI  
Ophtalmologiste  
84, Bd Moulay Driss 1er  
Tél: 05 22 86 06 06  
Fax: 06 62 77 77 56

6 118001 071340  
DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sotéma Bouskoura  
PPV : 192,10 DH  
AMM N° 591/18 DMP / 21/NRQ

Remboursable AMO  
407393 MA

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sotéma Bouskoura  
AMM N° 591/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 179,60 DH

6 118001 071340

DUOTRAV® 40 µg/ml + 5 mg/ml  
Collyre en solution 2,5 ml  
Boîte de 1 flacon  
Sotéma Bouskoura  
AMM N° 591/18 DMP / 21/NRQ  
PPV 179,60 DH

6 118001 071340

PPV: 91DH50



PPV: 91DH50

0.2%  
بريموبيدين  
للتقط العين

قنية من فضة 5 مل

PPV: 91DH50



PPV: 91DH50

0.2%  
بريموبيدين  
للتقط العين

قنية من فضة 5 مل

Corneregel Gel ophta 10g

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

Corneregel Gel ophta 10g

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

5% PPV: 71,10 DH

5% PPV: 71,10 DH