

## 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

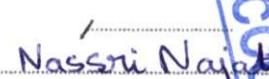
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-449702

PLI CONFIDENTIEL

|                                       |  |                                  |                                 |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie      | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)        |  |                                  |                                 |
| Matricule : 2729                      |  | Société : RAM                    |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif        | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | 137136                          |
| Nom & Prénom : Jiken Ab. dellatif     |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 1/1/1949          |  |                                  |                                 |
| Adresse : 31 Elmouwaahidine EL Jadida |  |                                  |                                 |
| Tél. : 06 89 21 99 64                 | Total des frais engagés : 339, 60 Dhs            |                                  |                                 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin  |                                   |
| Cachet du médecin :   |                                   |
|    |                                   |
| Date de consultation :  |                                   |
| Nom et prénom du malade : Nassri Najat  |                                   |
| Age: 1956   |                                   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même |
| <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfant   |                                   |
| Nature de la maladie : Optique  |                                   |
| 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) :

## **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                                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/04/2022      | C                 | 1                     | 255184                          | INP : 00310146999<br>Dr. Mohammed El Jadid<br>Médecin généraliste<br>Centre El Jadid<br>02/04/2022 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>du Fabricant  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
|  | 02/11/92 | 89.60                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                      | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : [REDACTED]                          |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|--------------------------------------|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|--------------------------------------|
|                                      |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]        |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS [REDACTED]             |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]              |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      |  |                  |             | FIN D'EXECUTION [REDACTED]                |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
| <b>O.D.F<br/>PROTHÉSES DENTAIRES</b> | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [REDACTED] |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H   | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <b>MONTANTS DES SOINS</b> [REDACTED] |
| H                                    | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
| D                                    | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
| B                                    | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
| G                                    | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      |  |                  |             | <b>DATE DU DEVIS</b> [REDACTED]           |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |
|                                      |  |                  |             | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> [REDACTED]     |          |          |   |          |          |   |          |          |   |          |          |                                      |

# Dr. Mohammed RAAD

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la Cataracte par phaco-emulsification
- Chirurgie du Pterygion par Autogreffe de la Conjonctive
- Strabisme - Glaucome
- Chirurgie des voies Lacrymales
- Chirurgie Refractive au Laser
- Prise en Charge de la Retinopathie Diabétique
- Angiographie numérisée - Laser (Yag-Argon)
- Lentilles de Contact

- \* Ancien ophtalmologiste au CHU 20 Août de Casablanca
- \* Ancien attaché des Hôpitaux de Paris en France
- \* Membre titulaire de la Société Française d'Ophtalmologie



# الدكتور محمد رعاد

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

- جراحة الجلاة بالأموج فوق الصوتية
- جراحة الظفر بطريقة زرع الغشاء
- جراحة الحول - ارتفاع الضغط (المياه الزرقاء)
- جراحة مسالك الدموي
- جراحة تصحيح النظر بالليزر
- علاج داء الشبكية بال斯基ري
- فحص الشرابين بالأشعة - العلاج بالليزر
- العدسات اللاصقة

- \* طبيب سابق بالمستشفي الجامعي 20 غشت بالبيضاء
- \* ملحق سابق بمستشفيات باريس بفرنسا
- \* عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

02 NOV 2022

El Jadida, le :

Nom et Prénom :

Nasri Najat

65,00.

- sayal C ٤٠

84,60

- Frakide α

عيار  
FAB /  
EXP /  
6118001270118 PPV : 24,60 DHS

- RAKIDEX  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

Oxya® + OXVD®

10 ml

2024-04

352

INPE: 112054325

PHARMACIE DU SOLEIL  
Youness ETTALBI  
Docteur en Pharmacie  
37,39 Bd, Attahrir - Boucherit  
Tél: 05 23 34 34 61

دكتور محمد رعاد  
Doktor Mohammed RAAD  
2, Rue de Tunis El Jadida  
Tél. 05 23 34 10 17

2. زفقة تونس الطابق الأول - الجديدة - (يجانب مستشفى محمد الخامس ومصححة الجديدة)

2, Rue de Tunis, première Étage - El Jadida (Juste à côté de l'Hôpital med V et de la Clinique d'El Jadida)

الهاتف / الفاكس : 05 23 34 10 17 - البريد الإلكتروني - E-mail: raadmohammed78@yahoo.com