

# 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.

**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



Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2930 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAMA SOLEIMANI

Date de naissance : 1952

Adresse : AV MEKNAS RESD PALOMA BLANCA BLOC 3  
ETG 6 N°62 TETOUAN

Tél. : 06 68 25 94 60 Total des frais engagés : 8156,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : Fama soleimani Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Astigmatisme + Presbytie + Allergie

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 : TETOUAN

Le : 18/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

8

# Déclaration de Maladie

M22- 0007106

Optique 152873  Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## **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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 18/11/23        | C 2               |                       | 250 Dh                          | DR MONTASSER SAADI<br>Ophtalmologiste<br>Chakib Arsalan Tétouan<br>05 39 96 75 42 |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <br><b>HARMACHE MARTIL</b><br>Nadia ELOUALLANTI<br>Dr. en Pharmacie<br>MARTIL - Tél : 05.39.97.93 | 18-1-23 | 106.00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien  | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|--|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|  |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
| OUSEFI OPTOMETRISTE<br>PRATICIEN Al Mansouri<br>Lyacoub Al Mansouri<br>Tél : 0539704999-Tétouan<br>NPE : 165001462 | 31/3/2023         |        |     |     |     | 1800,-                             |

#### **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Client SOLEIMA VI FAMA Date 31.31.2023

Adresse.....

| Qté   | DESIGNATION  | P.U. | TOTAL  |
|---|--|------|--------|
| 2   | Venes Optiques<br>Progressif Organique<br>Anti-reflets |      |        |
|   | O.D.: 90° - 0,50 + 1,50                                |      | 900,00 |
|   | O.G.: 75° - 0,50 + 1,75                                |      | 900,00 |
|   | ADD: + 2,50  |      |        |
| <p>Arrêtée la présente Facture à la somme de <u>Mille Huit Cents cinquante</u><br/> <u>dont la T.V.A. 20 % 300,-</u></p>  |  |      |        |
| <p style="text-align: right;"> <b>YOUSSEF OPTIQUE</b><br/> <b>OPTICIEN OPHTALMISTE</b><br/> <b>Av.yacoub Al Mansouri N°1</b><br/> <b>Tél: 0530704999 Téleban</b><br/> <b>INPL: 165001462</b> </p> |  |      |        |

**TOTAL**

1800 > H

**Dr. Montasser Saoud**

**Maladies et Chirurgie des Yeux**

**Angiographie-Lasers**

Diplômé de l'Université de Toulouse France



Ancien médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat

Ancien chef de Service d'Ophthalmologie à l'Hôpital Civil

de Tétouan

**الدكتور المنتصر السعو**

**أمراض وجراحة العين**

**البزير - تصوير الأوعية**

**خريج جامعة تولوز فرنسا**

**طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي بالرباط**

**رئيس سابق لمصلحة العين بالمستشفى المدني**

**بتطوان**

**18 janvier 2023**  
**Tétouan, le:** ..... **تطوان في :**

**Mme SOLEIMANI Fama**

**1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets**

**VL : OD = + 1.50 (- 0.50 à 90°)**

**OG = + 1.75 (- 0.50 à 75°)**

**2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs**

**VP : ODG = Add : + 2.50**

**YOUSFI OPTIQUE**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**AV YACOUB AL MANSOUR N°1**  
**Tél: 0539 04999-Tétouan**  
**INPE : 165001462**

**DR MONTASSER SAOUD**  
**Ophthalmologiste**  
**9, Chakib Arsalan Tétouan**  
**Tel: 05 39 96 75 42**

**Dr. Montasser Saoud**

*Maladies et Chirurgie des Yeux*

*Angiographie-Lasers*

Diplômé de l'Université de Toulouse France

Ancien médecin au Centre Hospitalier Universitaire de Rabat

Ancien chef de Service d'Ophthalmologie à l'Hôpital Civil  
de Tétouan



**الدكتور المنتصر السعو**

أخص اخص وجراحة العيون  
الليزر - تصوير الأوعية

خريج جامعة تولوز فرنسا

طبيب سابق بالمركز الصحي الجامعي بالرباط  
رئيس سابق لمصلحة العيون بالمستشفى المدنى  
بتطوان

**18 janvier 2023**

Tétouan, le: ..... : تطوان في :

**Mme SOLEIMANI Fama**

*15.70* **ZALERG COLLYRE**

S.V.

1 goutte 2 fois /jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

*30.30* **ICOMB COLLYRE**

S.V.

1 goutte 3 fois/j, dans les deux yeux, pendant 8 jours

*106.00*

صيدلية مرقيل  
**PHARMACIE MARTIL**  
Nadia El OUALLANTI  
Dr. en Pharmacie  
MARTIL - Tél : 05 20 97 33 5

6 118001 102495  
ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

DR MONTASSER SAOUD  
Ophtalmologiste  
9, Chakib Arsalan Tétouan  
Tél: 05 39 96 75 42



9, Rue Chakib Arsalan, N° 6

05 39 96 75 42

Tétouan

تطوان