

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	05918	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	165646
Nom & Prénom :		FARISS MOHAMED	
Date de naissance :		12.07.1961	
Adresse :		239, Rue TAZARINE CASA	
Tél. :	06.06.51.12.12	Total des frais engagés :	766.20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/04/2023

Nom et prénom du malade : LOTFI AICHA

Age: 56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : Correction optique

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/04/2023

#### **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
28/04/2023	C		# 950,00 #	DR HABIB DTEL HABIB 1273103

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/04/23	516,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

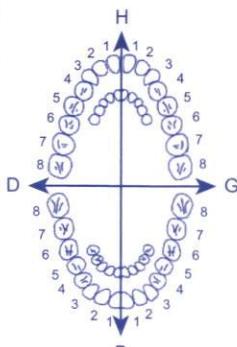
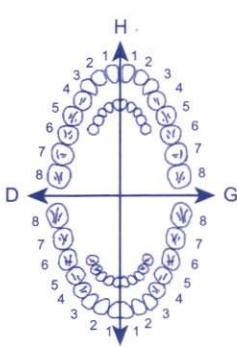
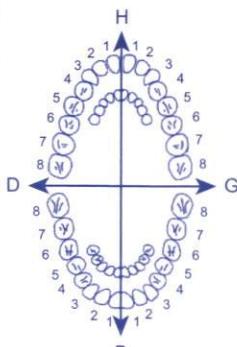
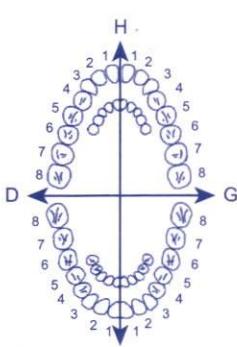
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Adultes et enfants
  - Chirurgie de cataracte - Phacoemulsification
  - Glaucome
  - Chirurgie des voies lacrymales et annexes
  - Maladies rétiennes - Laser - OCT
  - Strabologie
  - Kératocône - Contactologie
  - Echographie - Topographie cornéenne
- Diplômé de la Faculté de Médecine de Marrakech  
Diplômé interuniversitaire de cornée de l'Université de Paris - Sorbonne (France)  
Diplômé de contactologie de l'Université de Versailles - Paris (France)

■ طب العيون لليافعين والأطفال

■ جراحة الملاحة لدى ذويات فوق الصوتية

■ الباه الرزقاء (ضغط العين)

■ جراحة مسالك المموع والمخرون

■ أمراض الشبكية - الليزر - تصوير الشبكية

■ تصحيح الخطأ

■ القرنية المخروطية - العدسات اللاصقة

■ الشخص بالتصدي الصوتي - طبوبغرافية القرنية

خريج كلية الطب ببراكشن

دبلوم القرنية من جامعة باريس

السويدون (فرنسي)

دبلوم العدسات اللاصقة من جامعة فرساي - باريس (فرنسا)

## ORDONNANCE

Inezgane, Le 28.04.2023

Mme AICHA LOTFI

1) Verres pour vision de loin :

OD : +3.25 (-0.50 à 65°)

OG : +2.50 (-0.25 à 68°)

Verres pour vision de près :

ODG : +2.25 add

76,20

2) Azyter 1gtte \*2/j pendant 3j ; 1 cure par

80,00

2mois pendant 6mois ODG

9X180,50

3) Navitae plus collyre 1gtte \*3/j pendant

3mois ODG

4) Hylo gel 1gtte \*2/j pendant 2mois

516,20

Verres + monture

Prière de respecter l'écart interpupillaire

Prochain Rendez-Vous

18 Octobre 2023

إقامة الصفاء، الطابق الثالث، مكتب رقم ٨/٨ إنزيغان (قرب محطة سيارات الأجرة) - المصعد والمراقب متوفران

Résidence Safae, Bureau N°8, 3<sup>eme</sup> Etage, Inezgane, (à coté de la place des taxis) - Ascenseur et parking disponibles



06 62 47 48 33

05 28 33 02 06

drehadek@gmail.com

RIMAPHARMA  
PVC : 80,00 DH

**Q**  
**PLUS**

2025 - 09 .

**LOT**

305741 .

PPC:

180 DH .



RIMAPHARMA  
PVC : 80,00 DH

**Q**  
**PLUS**

2025 - 01

**LOT**

303238

PPC:



2025 - 09 .

**LOT**

305741 .

PPC:

180 DH .





- **Adultes et enfants**
- **Chirurgie de cataracte - Phacoemulsification**
- **Glaucome**
- **Chirurgie des voies lacrymales et annexes**
- **Maladies rétiennes - Laser - OCT**
- **Strabologie**
- **Kérotocône - Contactologie**
- **Echographie - Topographie cornéenne**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Marrakech

Diplômé interuniversitaire de cornée de l'Université de Paris - Sorbonne (France)

Diplômé de contactologie de l'Université de Versailles - Paris (France)

- طب العيون للبالغين والأطفال
- جراحة الخلاة بذبذبات فوق الصوتية
- المياه الزرقاء (ضغط العين)
- جراحة مسالك المموج والأخفون
- أمراض الشبكية - الليزر - تصوير الشبكية
- تصحيح المقول
- القرنية المخروطية - العدسات اللاصقة
- الفحص بالصدى الصوتي - طبغرافية القرنية

خريج كلية الطب ببراكشن

دبلوم القرنية من جامعة باريس  
السويدون (فرنسا)

دبلوم العدسات اللاصقة من جامعة فرساي - باريس (فرنسا)

## ORDONNANCE

Inezgane, Le .....

28/04/2023

## Facture : 411/23

REÇU De Mme AICHA LOTFI

La somme de : 250dh pour consultation spécialisée d'ophtalmologie.

Arrêté la présente facture à la somme deux cents cinquante dhs.

*Prochain Rendez-Vous*

إقامة الصفاء، الطابق الثالث، مكتب رقم 8. انزكان (قرب محطة سيارات الأجرة) - المصعد والمرآب متوفران

Résidence Safae, Bureau N°8, 3<sup>ème</sup> Etage, Inezgane, (à coté de la place des taxis) - Ascenseur et parking disponibles

Azyster®

15 mg/g

أزيستر®  
15 مغ/غر

Collyre en solution en récipient unidose

Azithromycine dihydrate

Récipient unidose de 0,25 g

Boîte de 6 récipients unidoses

قطرات للعين على شكل محلول في وعاء أحادي الجرعة.

أزيستروميسين ثانوي الاماهة

وعاء أحادي الجرعة بسعة 0,25 g

علبة من 6 أوعية أحادية الجرعة.

Sans conservateur

دون مادة حافظة

Théa

Lot : 276AZ

Fab : 09/2022

EXP : 03/2024

