

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-798923



Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09558 Société : RAM A 70027

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JAFAR HAFID

Date de naissance : 24/01/1969

Adresse : VILLA C46 ZOHOUR II, NAKHL RD. MARRAKECH

Tél. : 0661702760 Total des frais engagés : 618,10 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. CHAZZA AHMED  
OPHTALMOLOGUE  
IMIN KOUTOUBIA CENTER  
AV ZERKTOUNI GUELIZ  
MARRAKECH  
TEL : 05.24.43.76.64  
WSP : 06.93.98.17.98  
INPE : 071261465

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/07/2023

Nom et prénom du malade : BEN ABDEL

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Médecin

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

Signature de l'adhérent(e) : JAFAR

Le : 31/07/2023

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Meilleur attestant la Paiement des Actes
07/07/2023	Cr	100	100000	DR DIGITAL MARRAKESH OP HAMMOUDI HIM KOUTOUBIA AV ZERKTOUZ MARRAKESH TEL 0524 48 70 64 W 0524 93 07 58 M 0524 614655 C 0524 60 67 29 82

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	INP : <input type="text"/>																	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																	
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
H																					
25533412	21433552																				
00000000	00000000																				
D																					
00000000	00000000																				
35533411	11433553																				
B																					
G																					
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																	
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

07 juillet 2023



BENBATOUL AMAL

IBERTIN 1 g

1 sachet \*2/j, pendant 10 jours

PPV: 167DH00  
PER: 03-2025  
LOT: 15623005

ICOMB (tobramycine, dexaméthasone)

1 goutte x 3 par jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

SV  
SV  
SV  
Icomb®  
Lot: 2M0667  
Fab: 11 22  
Exp: 11 24  
PPV: 30 DH 30

FRAKIDEX pommade

1 application le matin et au coucher, dans l'œil droit, pendant 15 jours

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

بيانات الصياغة  
PHARMACIE LA PROVINC  
Mme Elieb SANHAJI  
Route de Fes Aïn Sidi - Marrakech  
Tél : 05 24 30 24 10 - 05 24 21 04 50  
INPE : 072138119 / AIC : 06102008000077

Dr. GHAZZA AHMED  
OPHTALMOLOGUE  
IMMKOUTOUBIA CENTER  
AU ZERKTOUNI GUELIZ  
TEL : 05.24.43.76.64  
WTSP : 06.93.98.17.98  
INPE : 071261465

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

07 juillet 2023



**BENBATOUL AMAL**

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de QUATRE CENT DIRHAMS (400 DH) de Mme BENBATOUL AMAL pour une consultation (C2).

Dr. GHAZZA AHMED  
OPHTHALMOLOGUE  
INSTITUT KOUTOUBIA CENTER,  
AV ZERKTOUNI GUÉLIZ  
TEL : 05.24.43.76.64  
WSP : 06.93.98.17.98  
INPE : 071261465