

# 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.

M22- 0030174

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4795 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : JOLIDAR Boubker

Date de naissance : 16-09-47

Adresse : Résidence Bait El fath 1m. 2 n° C3 Beausite

Biébans Coudan esp

Tél. : 06 34 73 35 11 Total des frais engagés : 454,85 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/08/23

Nom et prénom du malade : Jolidar Boubker

Lien de parenté :  Lit'même  Conjoint

Nature de la maladie : Catévalg

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

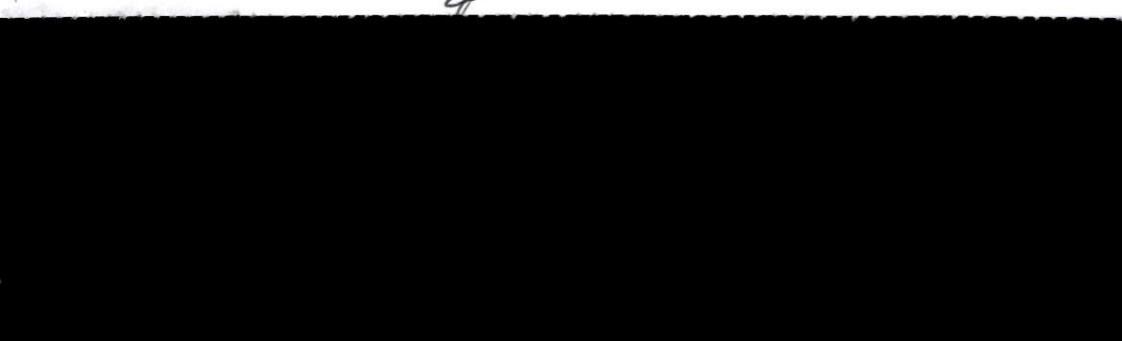
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 17/08/23

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                   |
|------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22.10.23<br>2023 | C + C             |                       |                                 |  |
|                  |                   |                       |                                 |  |
|                  |                   |                       |                                 |  |
|                  |                   |                       |                                 |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE D'ITALIA FATH<br/>Ain Sébaït, Casablanca<br/>Tél: 05 23 34 41 33 Fax: 05 22 12 12 12</i> | 22/06/2023 | 454,85                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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      |
|                              |  |  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |  |             | FIN D'EXECUTION         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |             |                         |
|                              | H  | 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D ————— G<br>00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B |             | Coefficient DES TRAVAUX |
|                              | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| D                            | G  |  |             | DATE DU DEVIS           |
| B                            |  |  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# الدكتور محمد الزيدى

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

## جراحة الشبكية

خريج جامعات الطب بباريس

جراح سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية

## Docteur Mohamed ZIDI

Ophtalmologiste

Spécialiste des Maladies et de la Chirurgie des yeux

### CHIRURGIE VITRÉO-RETINIENNE

Diplômé des Universités de Médecine de Paris

Ancien Interne du CHNO des Quinze-Vingts

Ancien Assistant Spécialiste des Hôpitaux de Paris

Membre de la Société Européenne de Rétine

OCT - Angiographie (Fluo / ICG) - Laser - Echographie

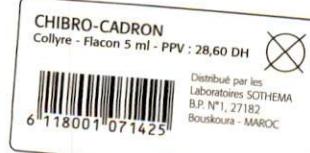
**Mr. JOUDAR Boubker**



## CNOC



22 juin 2023



NE PAS AVANTER POUR LA PREMIÈRE  
LISTE I - Uniquement sur ordonnance

A instiller dans l'œil opéré: GAUCHE

28,60 - Chibroxine collyre : Une goutte 3 fois par jour pendant 20 jours

36,50 - Chibroxine collyre : Une goutte 4 fois par jour pendant 10 jours

25,90 - Mydriaticum collyre : à instiller le jour de l'intervention à puis Une goutte 2 fois par jour pendant 10 jours

157,00 - Thealose : Une goutte 4 fois par jour pendant 1 mois.

54,40 - Tobradex pommade: Une application le soir pendant 3 jours

99,00 - Xailin Wash ( sérum physiologique unidose ) : Un lavage ava

93,00 +Compresses stériles

30,45+ Rondelles oculaires stérifil

454,85 > Attention! Ne pas manger ni boire ni fumer pendant le jour  
> Prendre un bain la veille de l'intervention

En cas d'urgence ( douleur, baisse de la vue ou rougeur ), veu

> 7h-19h: 0522234989

>19h-7h : 0616160864 ou 0623247489



## Sterisoin®

COMPRESSES OCULAIRES  
ADHÉSIVES - ADULTE



INPE 091141754

URGO Compresses de gaze stériles