

# 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 : 11593

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ESSADRISSI Samia

Date de naissance : 08/03/1975

Adresse : 17 Rue Ayou ISMAÏL CHINAZI  
MARRAKESH

Tél. : 0678704699

Total des frais engagés : 734,81,00 #

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ESSADRISSI Samia Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

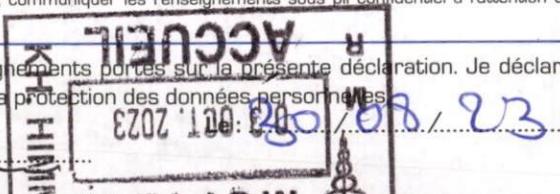
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/08/13        | C-5               |                       | 200,00                          | <br>Dr. EL KAFI<br>SPECIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE<br>MALADIES ET CHIRURGIE D'<br>18, Avenue Abdellatif - Casablanca<br>Tél : (+212) 0522 47 15 94 -<br>Email : ophthalmologie@elkafi.ma |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture       |
|--|------------|-----------------------------|
|  | 20/08/2023 | 184,40<br>INPE<br>092019587 |

#### **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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                     |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                     | 15/12/2013        |        |    |    |    | 3000,-                             |

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT230828170006

30 août 2023

## Enf. ESSODAIGUI YASMINE

90,70

### PHYSIO serum oculaire

Lavage oculaire 2X/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

90,70

### OPATANOL: collyre cl

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



LEVOPHTA 0,05% \*  
Collyre 5ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 728/16DMF  
  
6118001270354

جبار / LOT H8508  
ناروخ الانساج / FAB 05-2022  
تکمیل / EXP 04-2024

PPV : 75,00 DHS

# PhyLarm

HER MEDIC  
PPG  
104.00 DHS

**16 unidose.**

**À chaque fois  
que l'œil est irrité**





PT230828170006

30 août 2023

## Enf. ESSODAIGUI YASMINE

Monture + verres correcteurs Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = - 2.75 (- 1.00 à 15°)

OG = - 2.25 (- 0.75 à 160°)

**Dr Maryem EL IKHLOUFI**  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
Email : ophthalmologie@cliniquestendhal.com

**OPTIQUE Najat**

Vente & Réparation des Lunettes

Bd. Moudiboukeita Bloc J  
N° 57 - Casablanca  
Patente N° 36616612



نّظارات نجاة

بيع و إصلاح النظارات

شارع موديبوكينا بلوك (ج)  
رقم 57 - الدار البيضاء  
البيانات : 36616612

**FACTURE**

N° 001041

M :

Yasmine Essabagh

Casablanca, le :

10/12/13

Doit

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :

Verres :

VI :

OD :

OG :

VP :

OD :

OG :

IF: 50701272

E: 001/9008000088

RC: 264852

Total :

Arrête la Présente Facture à la somme de :

3000

pesos

payable