

# 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.

21491

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 6278 Société : RAM

Actif  Pensionné[e]  Autre : R.N.C / RAM

Nom & Prénom : FASKANI Said

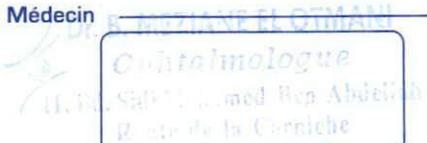
Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 27 rue Belmaz Sajjari B- Ibn Yousin Rabat  
.....

Tél. : 06 65 6402 269 Total des frais engagés : 350 + 4800 + 211,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/02/2020 Nom et prénom du malade : Faskani Said Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Oculaire

En cas d'accident précisez 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 : casab Le : 12/02/2020

Signature de l'adhérent(e)

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-042983

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent[e].

Matricule : .....

Nom de l'adhérent[e] : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : 12/02/2020

350 + 4800 + 211,80

#### **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
04.02.2020	C2 + Fd		350.00 DHS	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
KANINE OPTIC S.A.R.L 20, RUE 40 Driessia Casablanca - Tel. 05.22.80.41 INPE: 09.50.77.80.51	04/02/20 04/02/20 31.02.2020.	4.800.00 DHS 811,70 119.86.22 DHS Toute la Haut

~~Analyses - Radiographies~~

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHÉRENT

880

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **BELLE VIE 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'ODD.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. B.MEZIANE EL OTMANI**

Médecin Spécialiste des Maladies et  
chirurgie des yeux

Ex-directeur du centre Ophtalmologique

A Gelsenkirchen Buer, en Allemagne  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Hambourg  
Chirurgie des yeux, Laser-Thérapie



دكتور ب مزيان العماني

طبيب اختصاصي في أمراض

و جراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون

كلينكشن بوه بالمانيا

خريج كلية الطب بهمجرة

جراحة العيون - المعالجة بالليزر

Easabla 04.02.2020.

Patient : Faskani Said

$$45,90 \times 2 = 91,80$$

AS

- Ciloxan Collyre ophtalmologique

- SF / Jour 2 btes

$$6000 \times 8 = 120,00$$

AS

- Ciloxan pomade ophtalmique  
1F (Soir) 2 btes.

91,80

Dr. B. MEZIANE EL OTMANI

Ophtalmologue

11, Bd. Sidi Mohamed Ben Abdellah  
Route de la Corniche  
Casablanca 20100



x 05 CILOXAN® 0,3%  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 86 DMP/21/NP  
PPV: 60,00 DHS



240, Bd Bouamra Poudadi  
Route d'El Jadida  
PME

CILOXAN®  
POMMADÉ OPHTALMIQUE  
tube de 3,5 g  
Laboratoires Sothema  
A.M.M. N° 86 DMP/21/NP  
PPV: 60,00 DHS



6 118001 070176  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothema  
PPV : 45,90 DHS

11, Bd Sidi Mohan Ben Abdellah, Route de Corniche, Casablanca

II شارع سيدى محمد بن عبد الله - طريق لاكورنيش - الدار البيضاء

Tél : 0522 20 35 93 — Fax : 0522 20 35 91

Dr. B.MEZIANE EL OTMANI

Médecin Spécialiste des Maladies et  
 chirurgie des yeux

Ex-directeur du centre Ophtalmologique

A Gelsenkirchen Buer, en Allemagne

Diplômé de la Faculté de Médecine de Hambourg

Chirurgie des yeux, Laser-Thérapie



دكتور ب مزيان العثماني

طبيب انتقاصي في أمراض

وجراحة العيون

مدير سابق لمركز طب وجراحة العيون

غلزنكيرشن بور بيلانيا

خريج كلية الطب بهمبرغ

جراحة العيون - المعالجة بالليزر

Casablanca 04.02.2020.

Patient: Fassi Kani Said.

V. Progressif Org. blance A.R.  
Sph Cyl Axe

OD	+ 1.75	- 0.75	94
OE	+ 1.50		
OD	+ 4.25	- 0.75	94
OE.	+ 4.00		

2

Dr. B. MEZIANE EL OTMANI  
Ophthalmologue  
11, Bd Sidi Ben Abdellah  
Route de la Corniche  
Casablanca 20 160  
Tél.: 0522 20 35 93 - Fax: 0522 20 35 91

KANINE OPTIC  
S.A.R.L  
20, Rue 40 Drissia 1  
Casablanca Tel: 05.22.80.41.41



# Kanine Optic

Drissia 1 N° 20 Rue 40

Tél.: 05 22 80 41 41

Casablanca

R.C : 181387

Patente : 33690203

Ident. Fiscale N° 1108579

CNSS : 7775557

ICÉ : 00018775500005

## FACTURE

02337

الإدريسية 1 رقم 20 زنقة 40

الهاتف 0522 80 41 41

الدار البيضاء

السجل التجاري 181387

البيانات 33690203

تعريف الضرائب 1108579

ص و ض ج 7775557

Casablanca le : 04/02/2020

M. Fakhar Said.

Doit

Pour : V. Progrès Opt. blanc A.R.

Docteur Dr. B. Meziane El Otmani

Nomenclature N° :

OD .....	94 .....	cy .....	-0.75 .....	sph .....	+1.75 .....	VL .....	1500.00 Dhs .....
----------	----------	----------	-------------	-----------	-------------	----------	-------------------

OG .....	.....	cy .....	.....	sph .....	+1.50 .....	.....	1500.00 Dhs .....
----------	-------	----------	-------	-----------	-------------	-------	-------------------

OD .....	94 .....	cy .....	-0.75 .....	sph .....	+4.25 .....	VP .....	.....
----------	----------	----------	-------------	-----------	-------------	----------	-------

OG .....	.....	cy .....	.....	sph .....	+4.00 .....	.....	.....
----------	-------	----------	-------	-----------	-------------	-------	-------

Verres:

Verres:

Monture: ..... Métallique

Monture:

Arrêtée la présente facture à la somme de :

quatre mille huit cent dinars

KANINE OPTIC

6.A.R.U  
20, Rue 40  
Casablanca Tél: 0522 80 41 41  
1800.00 Dhs

4800.00  
Dhs