

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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.

## Éducation :

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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Nº P19- 053189

Optique  Médecin  Autres

72149 RAY RETRAITE

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2948

Société : RAY RETRAITE

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CEM ZAOUI M A

Date de naissance : 1946

Adresse : SIDI AYDI BP 3032 LA POSTE MAY FARAH SETTAT

Tél. : 06 27 15 30 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 1/1/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION GENITAIRE

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 :

Le : / /

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
21/01/2011	C5		200,00	Signature de Dr El HADJ MOHAMED EL HADJ INPEL

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie SIDI EL AYDI N° 6 - SIDI EL AYDI T.S.F : 0523 72 25 48	22/02/2021	438,20 DH

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

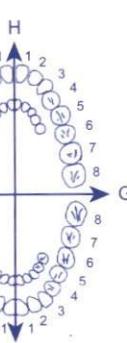
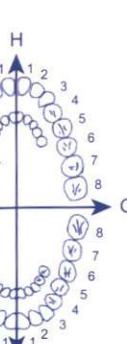
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Pharmacie SIDI ELAYDI N° Sidi El AYDI Tel : 0523 72 25 48	22/02/91					

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

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



**Docteur Soufiane BADRI**  
CHIRURGIEN - OPHTALMOLOGUE

الدكتور بدري سفيان

أخصائي طب وجراحة العيون



22 février 2021

**Mr. LEMZAoui MOHAMMED**

1/ HYFRESH COLLYRE

1 goutte 3 fois et à la demande, 6 Mois



2/ CELLUVISC COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour et à la demande, 6 Mois



3/ HYDRAMED NIGHT POMMADE

1 application le soir, 6 Mois



4/ DOXYMYCINE 100MG

1 comprimé par jour le soir, 6 Mois



5/ AZYTER. COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 jours puis attendre 12 jours.  
(refaire la procedure 3 mois de suite)



6/ BLEPHAGEL

1 application matin et soir, 2 Mois



7/ DEXAFREE COLLYRE

Le Matin, 21 jours



05 23 71 26 00   07 67 224 295   dr.badri.soufiane@gmail.com

Angle Bv Hassan 2 et Rue Ahmed El Hansali, imm Al-Amal 1 , 1<sup>er</sup> étage - Settat  
زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة محمد الخامس عماره النهل 1 الطابق النهل سلطات

®

دوکسیسیلین

دوکسیسیلین

100

دوکسیسیلین

30 قرص محلول

دوکسیسیلین

LAPROPHAN  
لابروفان

دوکسیسیلین

30



DOXYMYCINE\* 100 mg 30 comprimés  
dispersibles

PPV 110DH00

EXP 11/2022  
LOT 00024 2