

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00750

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR ISRAHATI Mohaamed

Date de naissance :

47 HUSTephane EL MANSOURI

Adresse : Geant Super CASA

Tél. : 06 61 24 13 40 Total des frais engagés : 231,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Maroc

Signature de l'adhérent(e) : Mr ISRAHATI

Le : 19/06/2021

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE ROUDANI<br/>Mme LERBAR Khodja Ep MIKOU<br/>Brahim Roudani Vers Mly Youssef<br/>Marrakech - Casablanca<br/>Tél. : 22 27 23 88 / 05 22 27 12 12</i> | 08/03/21 | 151,80                |
|  | 08/03/21 | 180,80                |

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

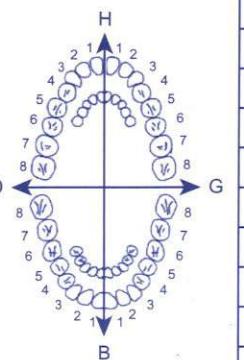
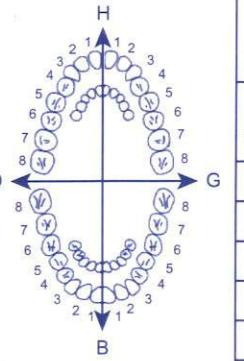
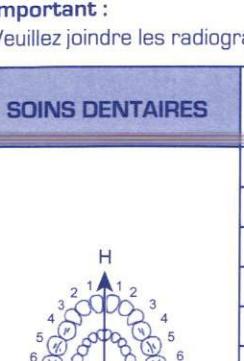
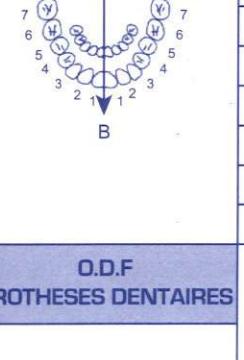
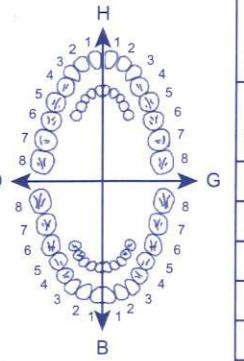
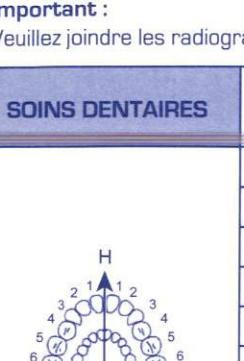
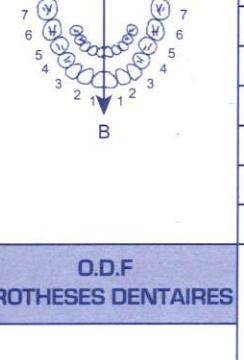
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 canalaire, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins                            | Coefficient        | Coefficient des Travaux |
|---|--|---|--------------------|-------------------------|
|    |  |   |                    | MONTANTS DES SOINS      |
|  |  |   |                    | DEBUT D'EXECUTION       |
|    |  |   |                    | FIN D'EXECUTION         |
|    |  |   |                    | Coefficient des Travaux |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |   |                    | MONTANTS DES SOINS      |
|  | H<br>25533412<br>00000000<br>35533411  | 21433552<br>00000000<br>11433553            | D<br>00000000<br>B | DATE DU DEVIS           |
|    | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |                    | DATE DE L'EXECUTION     |
|    | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE |                    |                         |

الدكتورة ليلى الناصري

Dr. Leila Naciri

OPHTHALMOLOGISTE



Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Ancienne Interne à l'institut  
du Glaucome à Paris

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
طبيبة سابقة بمعهد داء الزرق  
باريس

Spécialiste du glaucome  
Chirurgie de la cataracte  
Rétine médicale : DMLA, diabète, uveite  
Pathologie générale et pédiatrique

081-314

مركز علاج داء الزرق  
Centre du glaucome

OCT: (RNFL et CCG)

Champ visuel automatisé

Ultrasound Biomicroscopy (Ubm)

Rétinographie non mydriatique

Gonioscopie

Pachymétrie

Laser SLT

Laser Yag-Argon

Laser diode

ECP

Chirurgies des glaucomes

Angiographie numérisée

Echographie A et B

Microscopie spéculaire

الدكتورة ليلى الناصري  
Dr. LEILA NACIRI  
Mme L. NACIRI - Khodjia Ep. MIKOU  
PHARMACIE ROUDANI  
26, Bd Brahim Muââni Casablanca  
Tel: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

الدكتورة ليلى الناصري  
Dr. LEILA NACIRI  
OPHTHALMOLOGISTE  
Residence Oasis, Bd. Mohammed V,  
Mohammed V - Tel: 05 23 31 03 75/78

اقامة الواذيس-شارع محمد الخامس - الدار البيضاء

Résidence Oasis, Bd Mohammed V - Mohammed V

Email: dr.leila.naciri@gmail.com - Urgence: 05 23 32 90 02/03

Patente : 394 000 63

ICE: 002070676000026



www.horus-pharma.FRANCE  
Steripharma  
PPC:151,20 ch

05

# On-Call® Extra Blood Glucose Test Strips

REMBOURSÉ  
par la  
MUTUELLE



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 789405  
Date : 19/05/2021

Client :  
MR IBRAHIMI MOHAMED

| Désignation Produits           | Quantité | P.V    | Total  |
|--------------------------------|----------|--------|--------|
| BANDELETTES ON CALL EXTRA / 50 | 1        | 180.00 | 180.00 |

صيدلية الروداني  
Mme LEBBAR Khadija Ep MIKOU  
Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Total TTC = 180.00

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : CENT-QUATRE-VINGT- DIRHAMS

Bon rétablissement