

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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.

## Maladie :

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 79 18 - www.n.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034125

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3168 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : R

Nom & Prénom : KHOMSI FATIHA

Date de naissance : 04.05.1958

Adresse : 18 RES YOUSSEF RUE JARIR N°12 FES

Tél. : 06.61.41.22.55 Total des frais engagés : 1969 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/06/2021

Nom et prénom du malade : Khomsi Fatima Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : FES Le : 16/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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
14/06/21	C2		200 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture



16/06/2021

269,-

# 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

**FAICAL OPTIC**  
SARL AU  
Opticien Optométriste  
9, Bloc D, Lot. ENNOUR  
Avenue Ibn Alir- FES - MAROC

18/06/21

AM

PC

IM

IV

1500 DH






# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>G</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>B</p> </div> </div> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

**Dr.Marrakchi Mohammed**

**SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE**



Ancien médecin à l'hôpital Omar Idrissi  
Membre de l'association française d'Ophtalmologie

Chirurgie de cataracte  
Maladies rétiniennes  
Ophtalmologie pédiatrique  
Strabologie - Glaucome  
Echographie Oculaire

**الدكتور مراكشي محمد**

**إختصاصي في جراحة العيون**

طبيب بمستشفى عمر الإدريسي بفاس سابقا  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة- الفحص بالصدى  
أمراض الشبكية- مرض الزرق  
الحول- فحص وتصوير شبكية العين  
تصحيح البصر بالليزر  
أمراض العيون عند الأطفال

**16 juin 2021**

Fés, Le : .....

**Mme KHOMSI FATIHA**

1/ HYFRESH

13, - x 2 = 26, -

1 goutte 3 fois et à la demande, les deux yeux, 2 Mois



**IF: 25213935 - INPE: 141196667 - ICE: 002069779000092**

رقم 33, مكاتب المنار الطابق الأول, زنقة عبد الكريم الخطابي, شارع محمد الخامس ( أمام مقهى الصرنوص ) - فاس

N°33, Bureaux Manar 1<sup>er</sup> Etage, Rue Abdelkrim Khattabi, Bd Med V (en face café Cynross)

**Fixe : 05 35 62 28 88**





9

82  
 82  
 82

01-7

Jamjoom Pharma  
 جوم جوم فارما



معلومات عن المنتج:

هذا المنتج هو دواء  
 لعلاج التهابات العين  
 والتهيجات الناتجة عن  
 ارتداء العدسات اللاصقة.

التركيب:  
 كل 30 مليلتر يحتوي على:  
 25-15 مليلتر من مادة  
 (25-15 مليلتر من مادة)  
 25-15 مليلتر من مادة  
 25-15 مليلتر من مادة  
 25-15 مليلتر من مادة

محلول العين - قطرات  
 بنظرة



هذا المنتج هو دواء  
 لعلاج التهابات العين

أستينا  
 Ophthalmics

أستينا

هيفريش  
 HyFresh

Lot: F 0 2 0 4  
 Fab: 0 6 2 0  
 Exp: 0 6 2 3  
 PPC: 130 DH 00

12 FEB 80 20 03 0000028 - I.F: 15219671 - T.P: 14050222 - R.C: 45497

**Dr.Marrakchi Mohammed**

**SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE**

Ancien médecin à l'hôpital Omar Idrissi  
Membre de l'association française d'Ophtalmologie

Chirurgie de cataracte  
Maladies rétiniennes  
Ophtalmologie pédiatrique  
Strabologie - Glaucome  
Echographie Oculaire



**الدكتور مراكشي محمد**

**إختصاصي في طب وجراحة العيون**

طبيب بمستشفى عمر الإدريسي بفاس سابقا  
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة - الفحص بالصدى  
أمراض الشبكية - مرض الزرق  
الحول - فحص وتصوير شبكية العين  
تصحيح البصر بالليزر  
أمراض العيون عند الأطفال

**16 juin 2021**

Fés, Le : .....

**Mme KHOMSI FATIHA**

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs  
Antireflets

VL :

OD = + 1.75

OG = + 1.75

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

OD = + 4.00

OG = + 4.00

**FAICAL OPTIC**  
SARL AU  
Opticien Optometriste  
9, Bloc D, Lot. ENNOUR  
Avenue Ibn Atir- FES - MAROC

**IF: 25213935 - INPE: 141196667- ICE: 002069779000092**

رقم 33, مكاتب المنار الطابق الأول, (نقطة عبد الكريم الخطابي, شارع محمد الخامس) ( أمام مقهى الصرنوص) - فاس

N°33, Bureaux Manar 1<sup>er</sup> Etage, Rue Abdelkrim Khattabi, Bd Med V (en face café Cynross)

**Fixe : 05 35 62 28 88**