

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 2287 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RÉZKI AHMED

Date de naissance : 03/03/1933

Adresse : LOT CHEMIS RUE 3 N° 23 HAY ESSALAM

Tél. : Total des frais engagés : 25 Dhs

## Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : REZKI SAN MED

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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

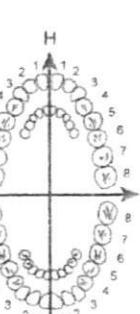
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 12/07/21



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
12/07/2017	Consultation	5	3000.00	INP : 103101061583316

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/2021	360,30

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of teeth treated: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on both arches)	<b>Nature des Soins</b> (List of treatments: H, G, D, B)	<b>Coefficient</b> (15 empty lines for coefficient entries)	INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				<b>OD.F PROTHESSES DENTAIRES</b> 																		
				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
				D	G																	
				00000000	00000000																	
				35533411	11433553																	
				B	B																	
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
<input type="text"/> <input type="text"/>																						
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						

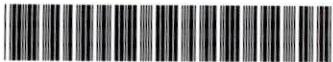
## Ancien interne des hôpitaux de france

### **Ancien assistant Spécialiste a l'Hôtel-Dieu de Paris**

## **Titulaire de l'European Board of Ophthalmology**

Diplôme de Chirurgie Vitréo-Rétinienne - Dijon

Diplôme d'imagerie et de pathologie Rétinienne - Lariboisière paris VII



PT210303123930

12 juillet 2021

**Mr. REZKI Ahmed**



## PHYLARM

1 lavage x2 / j , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LARMABAK 90 MG COLLYRE



1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

6 118001 100651  
SODIPHARMA - 41, rue Mohamed Diouri.

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Boudi, Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUD

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Tunis - Tunisie. Responsable : Mme Amina DAOUDI.

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH

Total: 360.30

18, Avenue Stendhal - Cité Plateau - Casablanca  
Tél : (+212) 05 22 47 15 94 - Fax : (+212) 05 22 99 34 51  
E-mail : [agence@stendhal.com](mailto:agence@stendhal.com) - [www.stendhal.com](http://www.stendhal.com)