

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- O Réclamation : contact@mupras.com  
 O Prise en charge : pec@mupras.com  
 O 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-556399

112821

par courrier

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

10 58

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HAJJI SAMILA

Date de naissance :

11.02.1962

Adresse :

Réplica AL GHAFIKI B17 Agdal  
RAZAT

Tél. :

06 61 600 676

Total des frais engagés : 1187 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. RIFAY Yasser  
Ophtalmologiste  
56 Avenue de France Zème étage  
Appt N° 4, Rabat - Agdal  
Tél. : 05 37 88 88 54 / 06 23 68 25 14  
INPE : 101168276

Date de consultation :

03/02/2022

Nom et prénom du malade :

EL HAJJI SAMILA

Age : 59

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

NON N.C

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 : 11/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-556399

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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 Recouvrement des Actes
03.02.2022	C. S.		320,00	DR. RIFAT YASSEF INPE 101168276

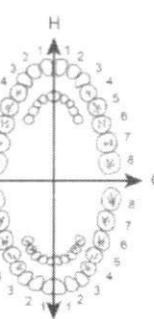
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Permisseur	Date	Montant de la Facture
CHERIF EL KETTANI Sina, Agdal, F 05 37 77 62 00	03/02/2022	187,50

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

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

#### **VOLET ADHERENT**

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

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> 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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 PROTHESES DENTAIRES</b> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
G		35533411	11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	



Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر باللابيز - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

jeudi 03 février 2022

Mme EL HAJJI Jamila

75<sup>00</sup>

#### **LEVOPHTA: COLLYRE**

1 Goutte matin et soir, dans les 2 yeux , 1 mois

Hyfresh UD

1 GOUTTE 2/J , les deux yeux, 3 Mois

11250

LOTEMAX

1 GOUTTE 4/J , les deux yeux, 8 jours

18750

## PHARMACIE LES IRIS

SOUIMAYA CHERIF EL KETTANI

33 , Avenue Ibn Sina, Agdal-Rabat

Tél : 05 37 77 62 90

*Il est formellement interdit de changer les dates*

يمنع منعاً ياتا تغيير التواريخ

 56 Avenue de France 2 ème étage  
Appt N°:4 . Rabat - Agdal

56 شاعر نسائي ، الطابة الثانية ، رقم 4

أكاديمياً



**05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06**



Art. 86269  
C1DZM1N03

Lévoaphta® 0,05%  
Collyre en suspension

#### INDICATIONS

Ce médicament est utilisé pour traiter les symptômes liés à une conjonctive allergique (yeux rouges, qui démangent, qui larmoient, yeux et/ou paupières gonflées).

#### POSOLOGIE ET MISE EN GARDE

Lire attentivement la notice intérieure. Ne pas conserver plus de 30 jours après ouverture du flacon.

NE LAISSER NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

A conserver à une température inférieure à 25°C.

LEVOPTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARMA  
PPV : 75.00 DHS  
AMM N° 728/16DMP/21/NRQr

عيار/ LOT H6388  
FAB 10-2020  
EXP 08-2022

Agiter avant emploi  
بعد خضة قبل الاستعمال  
\* Découverte de la recherche Janssen /  
\* اكتشاف بحث جانسن



NIVEAU 1

**Ophtalmologiste**

KÉRATOCÔNE  
&  
CHIRURGIE RÉFRACTIVE



اختصاصي في طب و جراحة العيون  
القزنية المخزونية  
تصحيح البصر

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône  
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

**03 février 2022**

**Mme EL HAJJI Jamila**

**Note d'honoraires**

Nom et prénom : Mme.EL HAJJI Jamila

Acte : Consultation d'ophtalmologie.

Mode de paiement :

- Espèce

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de trois cents 300.00 dhs.

Dr.Rifay

\* INPE : 101168276. \* ICE : 001658290000042. \* IF : 14482367. \* CNSS : 96241321.

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ

56 شارع فرنسا ، الطابق الثاني ، رقم 4 ،  
Appt N°:4 . Rabat - Agdal      أڭداد الرباط

**05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06**