

## 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.

Nº W21-693200

*Conseil*

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1191** Société : **RAM** *126183*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**RAKI ABDEL AZIZ**

Date de naissance :

**1940**

Adresse : **MAREZANE 3 N°181 DAUDIATE MARRAKECH**

Tél. : **0610187982**

Total des frais engagés : **1472** Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Tél. 05 22 420 600 GSM 06 61 128 762

Nom et prénom du malade :

**Dr GABOUNE LOUBNA** Age: 73

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 : **MARRAKECH**

Le : **24/05/2022**

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
24/05/2023			250,-	 <b>INGRID BOUJELBEN</b> Chirurgien Ophtalmologue Bd. My Rachid, Imm 54 N° 7 1er Etage - Marrakech Tél: 06 61 138 760

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MANISS SARL AL</b> 12, Merstane III Marrakech Tél : 05 24 30 13 27 INPE : 072041205	26/10/22	<b>PHARMACIE MANISS SARL AL</b> Merstane III Marrakech 12, Merstane III Marrakech 20 13 27 Tél : 05 24 30 13 27 INPE : 072041205 Signature : J. B. J. L. D. S.

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **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 de l'ODF.

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

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

**Dr. GABOUNE LOUBNA**

**Chirurgien Ophtalmologiste**

Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification

Chirurgie réfractive - Chirurgie du strabisme  
et des voies Lacrymales-Ophtalmopédiatrie

Laser-Angiographie - OCT



**الدكتورة ڭابون لبىن**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

الأشعة الصوتية

- جراحة الحول

عند الأطفال

شبكة العين

البصري

HyFresh®

Lot: YK 0013

Fab: 09 21

Exp: 09 24

PPC: 130 DH 00

Exp: 09 24

PPC: 130 DH 00

Exp: 09 21

PPC: 130 DH 00

Exp: 09 24

PPC: 130 DH 00

24 mai 2022

Mme BELOUAD SAA

1/ HYFRESH COLLYRE

1 goutte x4/j, dans les deux yeux, pendant 6

2/ LIPOSIC 0.2 % GEL OPHTALMIQUE

1 app par jour le soir, dans l'œil droit, pendant

3/ SUVEAL DUO

1 gelule/j traitement à ne pas arrêter

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

LIPOSIC  
Gel ophtalmique 10 g  
ZENITH PHARMA  
PPV: 34,00 DH  
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

OPHTALMED  
PPC  
317.00 DHS

OPHTALMED  
PPC  
317.00 DHS

MANISS  
Marrakech  
04 13 27  
Bd. My Rachid, Imm 54 N° 7  
1er Etage - Marrakech  
Tél 05 24 420 600 / GSM 06 61 130 760

عمارة 54، الشقة رقم 7 - الطابق الأول (قرب صيدلية جليز) شارع مولاي رشيد - مراكش

Imm. 54, Appt N° 7 , 1ère étage (à côté Pharmacie Guéliz) Av. My Rachid - Marrakech

Gsm : 06 61 13 07 60 - Tél : 05 24 42 06 00 - docteur.gaboune.ophtalmologie@gmail.com

ICE: 001858687000050 - INP: 071177620