

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.

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

Nº P19- 0046053

Optique *129586* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1384* Société : *RAM*

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *KHAMALI*

Mohamed

Date de naissance :

01-01-51

Adresse : *03.1mm 315 Dar lamaa An Sebaa - SKA*

Tél. *06.02.1541.42*

Total des frais engagés : *442,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *06/09/2022*

Nom et prénom du malade : *ALAOUTI RODAR NOURIA* Age : *70*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *Affection à la Céphalgie*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel ou particulier, 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* Le *19/09/2022*

Signature de l'adhérent(e) : *R ACCUEIL*



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/09/2022 | S + FO | | 300 Dhs | Dr. Awatif RAZZAK Ophtalmologue Rue Zineb Elhachem N°35, Rue Riad Ibn Tachfine Casablanca - Maroc - Tel: 05 22 60 73 38 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL KHALI | 06/09/2022 | 84,40 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 canalaires, ainsi que le bilan de ODF.

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

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE IBN TACHFINE

مركز طب و جراحة العيون ابن تاشفين

Dr Awatif RAZZAK

Médecin Ophthalmologue

Chirurgie de Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie Réfractive - Glaucome - Strabisme

Angiographie-Echographie Laser - Contactologie



الدكتورة عواطف رزاق

اختصاصية طب و جراحة العيون

جراحة الملاحة - تصحيح النظر بالليزر

جراحة المياه الزرقاء - الحول - الليزر

تصوير العين بالأشعة المائية

06 septembre 2022

Casablanca le:

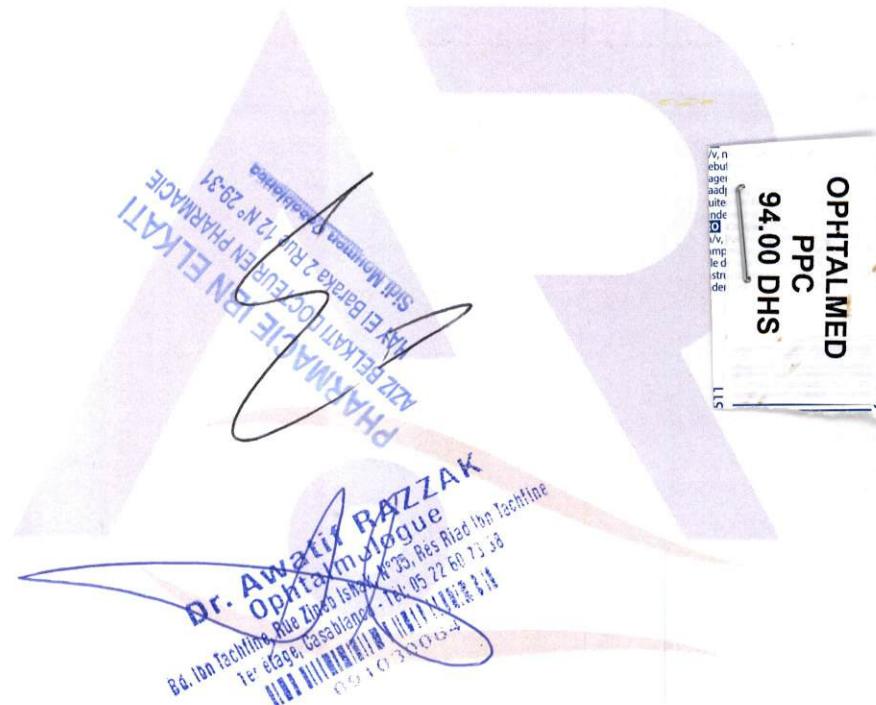
Mme ALAOUI MODAR NOURIA

940²

XAILIN HA COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



شارع ابن تاشفين، زنقة زينب إسحاق، رقم 35، إقامة رياض ابن تاشفين، الطابق الأول، لافييلت - الدار البيضاء

Bd Ibn Tachfine, Rue Zineb Ishak N°35, Rés Riad Ibn Tachfine, 1^{er} étage, la Villette - Casablanca

05 22 60 73 38

rawatif@gmail.com

Pharmacie :

VILLE :

MR Khamlic H Mohamed

| Q.D. | LIBELLE | |
|------|-----------------|---------------|
| | Casa Ulong | 6/4/2021 2022 |
| 1 | Products | 3 |
| 2 | Methionate 2450 | 4 |
| 3 | Dipomide 1/23 | 5 |
| 4 | | 6 |
| 5 | | 7 |
| 6 | | 8 |
| 7 | | 9 |
| 8 | | 10 |
| 9 | | 11 |
| 10 | | 12 |
| 11 | | 13 |
| 12 | | 14 |
| 13 | | 15 |
| 14 | | 16 |
| 15 | | 17 |
| 16 | | 18 |
| 17 | | 19 |
| 18 | | |
| 19 | | |



TOT 48,40