

# 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.

N° W21-775531

144696

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10294	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHOVICHT MUSTAPHA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 2661249750 Total des frais engagés : 228,60 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR CHAKIB TOUZALI Spécialité dermatologique et de médecine générale Rue Med El Hayat - 30000 Casablanca - Tél. : 05 35 94 88 82			
Date de consultation : 03/12/2022 Nom et prénom du malade : CHOVICHT MUSTAPHA Age: 12 Ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Cataracte Secundaire 02			
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 : 125 Le : 03/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : C.M.

## **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
03/11/2022	C2	200.24		INP : 1111062349 DR CHAKIB TOUZANI Spécialiste de maladie et de chirurgie des yeux et ENT Hayani Bd .Med V T : 35 94 00 83

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FIRDAOUS 47 Avenue Al Manama Mont-Fleuri 1 - Fès Tél: 05 35 64 06 25	03/12/2022	28,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

SOINS DENTAIRES	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"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>				H	21433552	D	00000000	00000000		B	11433553	35533411	
	H	21433552												
	D	00000000												
	00000000													
	B	11433553												
	35533411													
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

# Dr Chakib TOUZANI

Spécialiste des Maladies  
et de Chirurgie des Yeux

Ex-Chef de Service  
d'Ophtalmologie à l'Hôpital  
Omar Drissi - Fès

Membre de la société  
Française d'Ophtalmologie



الدكتور شكيب (التزاني)

إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

رئيس مصلحة طب العيون سابقا  
بمستشفى عمر الإدريسي - فاس

عضو الجمعية الفرنسية  
لطب العيون

Fès, le 03/12/2022

CHOUICH MUSTAPHA

28,60

chibrocadron (coller)

nettoyer (5) pth 8.



7، زنقة محمد الحساني، شارع محمد الخامس الطابق الثاني (قرب صيدلية بهجة) - فاس  
7, Rue Mohammed El Hayani, Bd Med V 2ème étage (à côté de la pharmacie Bahja) VN - Fès  
GSM : 06 64 94 27 19 / Tél : 05 35 94 00 83  
الهاتف : 05 35 94 00 83

**Dr Chakib TOUZANI**

Spécialiste des Maladies  
et de Chirurgie des Yeux

Ex-Chef de Service  
d'Ophtalmologie à l'Hôpital  
Omar Drissi - Fès

Membre de la société  
Française d'Ophtalmologie



الدكتور شكيب (التزارني)

إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

رئيس مصلحة طب العيون سابقا  
بمستشفى عمر الإدريسي - فاس

عضو الجمعية الفرنسية  
لطب العيون

Fès, le 03/12/2022

**DR CHAKIB TOUZANI**  
Spécialiste des maladies et de chirurgie des yeux  
7 . Rue Med El Hayani Bd Med V  
FES - 05 35 94 00 83

CHOUICH MUSTAPHA

Faire laser YAG au  
niveau de l'œil droit

**DR CHAKIB TOUZANI**  
Spécialiste des maladies et de chirurgie des yeux  
7 . Rue Med El Hayani Bd Med V  
FES - 05 35 94 00 83

7، زنقة محمد الحساني، شارع محمد الخامس الطابق الثاني (قرب صيدلية بحجة) - فاس  
7, Rue Mohammed El Hayani, Bd Med V 2ème étage (à côté de la pharmacie Bahja) VN - Fès  
GSM : 06 64 94 27 19 / المخول : 05 35 94 00 83  
الهاتف :