

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 :	3095	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		EL BASSI Fatiha	
Date de naissance :		01/01/1952	
Adresse :		HABITUELLE	
Tél. :		26 73 88 18 36	Total des frais engagés : 237000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/	/
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	M. El Bassi Fatiha	
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :		
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 : 21/02/2023 Le : 21/02/2023  
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 Parlement des Actes
21/02/2023		5	1000	AKI MOUA Spécialiste en ophtalmologie 100% exercice libéral 01/05/2024
09/03/2023			Contrôle	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/02/23	237,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

## [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1-8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the center and 8 at the corners. A vertical arrow points upwards from the center, and a horizontal arrow points to the right. The letters H, D, G, and B are positioned at the ends of these arrows, indicating the cardinal directions: H (Up), D (Down), G (Right), and B (Left).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr Mona ZAKI

Spécialiste en Ophthalmologie

Adulte et Pédiatrique

Ancienne Interne au CHU Ibn Rochd

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Casablanca

Membre de la Société Française d'ophtalmologie

Chirurgie des Yeux

DIU D'Imagerie et de pathologies rétiniennes

de la faculté Paris Diderot

DIU d'OCT de la faculté de Bordeaux

Laser - Angiographie

DIU de Chirurgie Réfractive

Faculté de Médecine de Toulouse - Rangueil



الدكتورة منى زكي

أخصائية في طب وجراحة العيون

للكبار والاطفال

طبيبة داخلية بمستشفى ابن رشد سابقا

خريجة كلية الطب

والصيادة الدار البيضاء

عضو في الجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة العيون

دبلوم في أمراض الشبكية

جامعة باريس ديدرو

دبلوم OCT في جامعة فيرساي

دبلوم العدسات الاصنفه بجامعة بوردو

تصوير الشبكية - الليزر

دبلوم الجراحة بالليزر لتصحيح النظر

كلية الطب بتولوز

الدار البيضاء، في :

Casablanca, Le :

21 février 2023

Mme EL BASRI FATIMA

135,00 1/ EOLE DUAL

8 fois par jour

2/ ODM5 COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour

28,60

3/ CHIBROCADRON COLLYRE

1 goutte 6 fois par jour pendant 15 jours  
puis 1 goutte 5 fois par jour pendant 5 jours

54,40

4/ TOBRADEX : pde

1 application / jour, le soir au coucher

19,00

5/ DIAMOX 250 MG

1 cp fois / j, 10 jours

05 22 90 15 24

zaki.mona.ak@gmail.com

06 65 99 25 98 (Tél + WhatsApp)

PPC: 135,00

LOT E 02 22

07/2023

CHIBRO-CADRON

Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 28,60 DH

Distribué par les  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1, 20000  
Bouskoura MAROC

6 118001 071425

TOBRADEX®

POMMADÉ OPHTALMIQUE

0,3/0,1%

Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH

Laboratoires Sotrema, Bouskoura

AMM N° 455/18 DMP/21 NBO

6 118001 070602  
690206 MA

18, تجزئة سعد الخير شارع - 24 - الحي الحسني - البيضاء

18; Lotissement Saâd El Khair Bd. H.H 24 Hay  
Hassani - Casablanca