

# 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

- 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.

**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](http://www.mupras.com)

N° P19-0025688

Optique *172270*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0947* Société : *R. A. M.*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MA. L. TOR EL HOUCE*

Date de naissance : *1-1-1948*

Adresse : *C/3 Sidi My Ben Abdellah 25 h 93*

Tél. : ..... Total des frais engagés : *120* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : *MALIK EL HOUCE* Age : ...../.....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : *Malik El Houce*



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-025688

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
01/08/2023	A	120	200	DR. RAZIK Abdellah

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUBIA Mohamed AARAB Bacchus d'Etat en Pharmacie Lahdimat Messaoudia Rue 24 N°104 Géné Diabat - Casablanca T 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24 INPE: 92036904	01/08/23	270,50

## 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
		A	M	P	C	

## 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.

### 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	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 35533411	G 21433552 00000000 11433553		
	D	B		Montants des Soins
				Date du Devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة أمراض وجراحة العيون الادريسيّة

## Docteur Razik Abdallah

*Spécialiste Maladies et  
Chirurgie des Yeux  
Ex. Médecin des F.A.R.  
Ex. Médecin à l'hôpital 20 Août*

*Chirurgie Cataracte - Implant -  
Glaucome - Strabisme - Laser -  
Angiographie - Traumatisme*

## LASIK



الدكتور عبد الله دارزي  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية  
طبيب سابق عشتفي 20 غشت

جراحة الجلاة . العدسة . طبسوون .  
الحول . مسالك الدموع . فحص وراديو الشبكة .  
علاج الشبكة المصابة بالسكرى بالليزر

## تصحيح قصر البصر فحص لرخصة السيادة

لا نغير تاريخ الفحص

01/08/2023

الدار البيضاء، في ..... Casablanca, le: ..... 01/05/2023

MALTOF El Houcine



Tableau A (Liste I) (فالة ١)  
 Distribué au Maroc par Zenith Pharma  
 AMM Maroc N° 60/20/DMP/21/NRQDM رخصة المغرب رقم  
 PPV = 112,50 DHS  
 LOTELEX est une marque déposée par Bausch & Lomb  
 Incorporated ou ses filiales.  
 © 2000 Bausch & Lomb Incorporated ou ses filiales.

RIMAPHARMA  
PVC : 79,00 DH



RIMAPHARMA  
PVC : 79,00 DH

PHARMACIE KOUTOUBIA  
Mehmed AARAB  
10, rue Pharaon  
Casablanca 10000  
Tél. 052 21 11 18

27055  
**Dr. RAZIK Abdallah**  
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux  
tél: 05 22 25 56 98 / 05 22 86 18 18 - Casa  
INPE: 0911119354  
ICE: 001700021000027

#### Examen Complémentaire :

الرجو الاتصال أو التواصل عبر الواتس اب الرقم التالي : 0677.31.15.73

589 شارع أبي شعيب الدكالي (زاوية زنقة 40) - الطاقي الأول (على بعد 100م من مرجان) - الادريسية I

الدار البيضاء - الهاتف: 0677.31.15.73 / 0522.85.18.18 / 0522.28.56.98