

## 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.

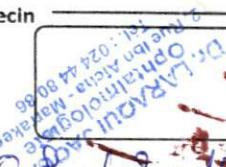
### Adresses Mails utiles

- 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.

N° W19-451498

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>22770</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Ki Hau HASSAN</u>			
Date de naissance : <u>01 - 04 - 1956</u>			
Adresse : <u>LOT SOQUAMA 1 ZIBHUS MARREH</u>			
Tél. : <u>06 66 78 15 20</u>		Total des frais engagés : <u>1612,80 Dh</u>	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 			
Date de consultation : <u>05/10/2015</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Ki Hau HASSAN</u>			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Lien de parenté :			
Nature de la maladie : <u>OPTALMOPATHIE</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>LA maladie tropie</u>			
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 :

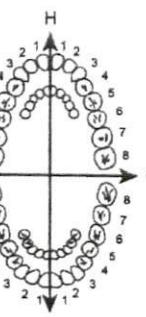
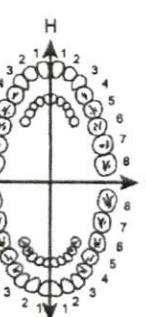
Le : / /

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
05/01/18	S	—	20.00	INP : 478464147483 2. RUE DE LA MARNE - 94240 ARTHUS-MARTIN

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/10/19	1300,00 F

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
				INP : <input type="checkbox"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														

# Docteur Jaouad LARAQUI

SPECIALISTE  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse  
Ancien Médecin Chef de l'Hôpital El Antaki

2, Rue Ibn Aïcha Marrakech ☎ 05.24.44.80.86

Sur Rendez-Vous

الدكتور جواهير العراقي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب رئيسي سابق بمستشفى الأنطاكي

2، زنقة ابن عائشة مراكش ☎ 05.24.44.80.86

بالموعد

Marrakech, le ٥٢/٥/٢٠١٤ مراكش، في

Mr. Khatib Hédi

84,90

col Rétine  lift x31.

25,92

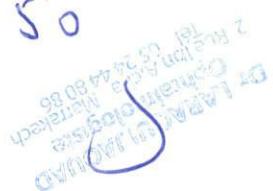
Mydriatik  lift 6 mm

MO,80

$$0,80 - (93 - 1,2) = 0,50$$

$$0,80 - (88 - 2) = 2.$$

VL Rétine + 2,50



CARTEOL 5%  
Collyre 3ml

ZENITH PHARMA  
PPV 84 90 DHS  
AMM N° 61/13 D'

LOT: H3613  
FAB: 06-2018  
EXPI: 06-2020

84,90

Bausch & Lomb  
Laboratoire Chauvin

~~Chlorhydrat de carbetolol 1 mg/ml 100 ml~~

## Myriaticum<sup>®</sup>

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

## STE I - Uniquement sur ordonnance

**MYDRIATICUM 0,5%**  
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH  
Non remboursable AMO



A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT  
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
R.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

Fabrican  
FARMILA  
THEA FAR  
Via F Fer  
20061 Se  
TANIE

النحو

# Centre d'optique

# Facture

Lot Socoma 1 n°:1117

Marrakech

Téléphone : 0677022379

Date : 28/10/2019

N° facture: 672

Pour : mutuelle

Ref : 18760300

ICP:001555412000026

INPE: 075018499

Facturé pour : Killou Hassan

Déscription	Montant
Correction VL:	
Monture : acetate	300,00
Types de verres :	
progressif organique antireflet	
OD:	500,00
OG:	500,00
ADD:	
lentille	
Correction VP :	
Monture :	
Types de verres :	
OD:	
OG :	
Total	1300,00

Montant HT

TVA:

montant TTC: 1300

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent dirhams

Merci de votre confiance !

Centre d'optique  
Opticien et géométriste  
Lot Socoma 1 n°:1117 - Marrakech  
Téléphone : 0677022379  
Ref : 18760300  
INPE: 075018499  
Date : 28/10/2019  
N° facture: 672  
Pour : mutuelle