

# 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 caractére personnel.



# Declaration de Maladie

N° W21-761408

Maladie       Dentaire       Optique       A

Cadre réservé à l'adhérent (e)      Matricole : 3166      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre : 201784

Nom & Prénom : IBRAHIMI ABDELLATIF

Date de naissance : 1 - 1 - 1946

Adresse : N° 34, rue Anoual Hay Farah Route Ain chkef FES.

Tél. : 066250 30 42 Total des frais engagés : 616,00 DHS

Dr DRISSI TOUZANI  
WALALI Khadija

OPHTHALMOLOGISTE  
26 , Av Saint Louis Saâda Rce  
Espace Saâda (Pès Asswak Saâda)  
1er Etage Bureau N°2 Fès  
Tél : 05 35 65 71 24

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/03 / 2024

Nom et prénom du malade : Ibrahimi Abdellatif Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfan

Nature de la maladie : Consultation ophtalmie

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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

12 AVR 2024

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Fes Le : 30/3/2024

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie      N° W21-761408

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

Matricole : 3166  
Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI

Total des frais engagés : 616,00

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 d'explorations.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Dr. DRISSI TOUZANI Khadija**

**Ophthalmologiste**



**د. خديجة ادريسي توزانى**

**اختصاصية في أمراض وجراحة العين**

Ex.Medecin à l'Hôpital Omar Idrissi de Fès.

Diplômée en Maladies de la Surface Oculaire de Brest France

Diplômée en adaptation de Lentilles de Contact de Rabat

Diplômée en OCT en Ophthalmologie de Bordeaux

Diplômée en Chirurgie Réfractive de Casablanca

Spécialiste en Orthokératologie (contrôle et freinage de la myopie)

طبيبة سابقا بمستشفى عمر الادريسي بفاس

دبلوم في أمراض سطح العين ببرست فرنسا

دبلوم في العدسات اللاصقة بالرباط

دبلوم في التصوير المقطعي البصري ببوردو

دبلوم في تصحيح النظر بالليزر بالدار البيضاء

Fès, le : **30 mars 2024**

**Mr IBRAHIMI Abdellatif**

**IBRIMO**

1 goutte 2 fois par jour le matin et soir , dans les deux yeux,  
pendant 6 Mois

**PHARMACIE FARM**  
**DR. YAHIAOUI RACHIDA**  
**13 AV. IBN ATIR FARAH**  
**LOTTELLARSA - FES**  
**TEL : 05 35 60 05 14**  
**INPE : 142028265**  
  
**TOUZANI**  
**WALI Khadija**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
**26 , A Saint Louis Saâda Rce**  
**Espace Saâda (Pés Asswak Saâda)**  
**1er Etage Bureau N°2 Fes**  
**Tél : 05 35 65 71 24**  
**INPE 141246785**

**Tél : 05 35 65 71 24**

26 شارع سان لويس السعادة، إقامة فضاء السعادة (قرب أسواق السعادة) الطابق الأول مكتب رقم 2 . فاس

26, Av Saint Louis, Saâda , Rce Espace Saâda (près Asswak Essaada), 1<sup>er</sup> Etage bureau N° 2 - Fès

E-mail : khadijadrissi05@gmail.com



**IBRIMO® 0.2%**  
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Fab: AF 0196  
Exp: 06 23  
06 25

P.P.V: 91 DH 50

**IBRIMO® 0.2%**  
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Fab: 17 22  
Exp: 2 24

P.P.V: 91 DH 50

**IBRIMO® 0.2%**  
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Fab: YK 0236  
09 21  
09 23

P.P.V: 91 DH 50

**IBRIMO® 0.2%**  
(Brimonidine Tartrate 0.2%)

Lot:

Fab: AE 0471  
05 23  
05 25

P.P.V: 91 DH 50