

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

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 :

Toutes vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Ophtalmologie 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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

La facture du opticien et la facture du pharmacie sont à joindre à la feuille de soins.

## Formation :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de formations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Prothèses :

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.

Le pli après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## 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

Information : contact@r1upras.com  
En charge : pec@mupras.com  
Sion et changement de statut : adhesion@mupras.com

garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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 (Lc) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0048178

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3166 Société : 46503

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIMI Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Hay Farah III Rue Amoual N°34 Route

Pin chkef FES

Télé : 062563042 Total des frais engagés : 2365,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2020

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI Abdellatif Age : 1966

Lien de parenté :  Fils  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : PT

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 : FES Le : 02/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Nº P19-048178

Déclaration de maladie

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 : 3166

Nom de l'adhérent(e) : IBRAHIMI

Total des frais engagés : 2365,90 Dhs

Date de dépôt : 04/11/2020

### 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
02 NOV 2020			200 DH	
02 NOV 2020			800 DH	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TAHYADOUR RACHIDA FES - TEL: 035 60 05 14	02/11/20	2650 INPE
	02/11/20	1989 142028265 INPE

### 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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

8519A

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

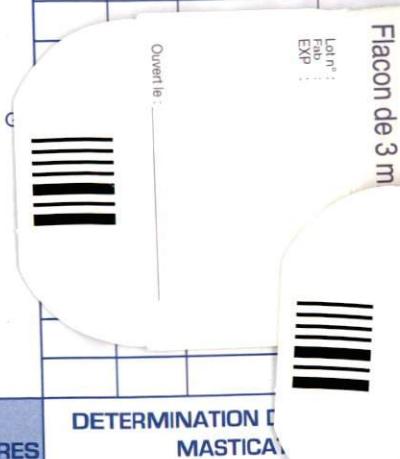
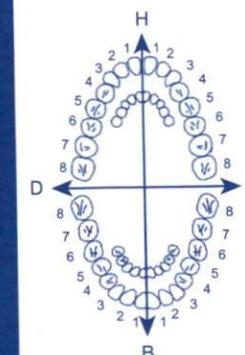
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

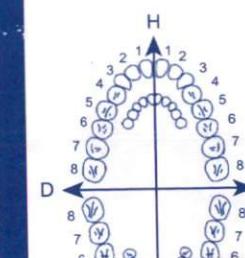
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION D MASTICATRICE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



زنلامول®  
Xolamol®

Lot: WN0069  
Fab: 12 19  
Exp: 12 21  
P.P.V: 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: B24 25  
Fab: 02 22  
Exp: 02 22  
P.P.V: 110 DH 70

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
2020		200 HT	
2020		800 HT	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

du Pharmacien Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DURACHIDA FARAH 2 LOT 35600 0514 PHARMACIE FAZIA AHYAH	02/11/20	7680 INPE
	02/11/20	1989142028265 INPE

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

85183

t 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

PPV:230DH00

0.3 m  
Bimatoprost  
ODH00

0.3116

0.5 mg/m<sup>3</sup>

Collyre en solu

DH00  
**LUMIGAN®**

زنلامول®  
Zolamol®

Lot: B-241  
Fab: 09 20  
Exp: 02 22  
P.P.V: 110 DH 70

11

STANT L'EXECUTION

Dr. Amine ABDELATIF

Ophthalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Rennes - France

Angiographie Laser

الدكتور أمين عبد اللطيف

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب برين - فرنسا

أنجيوغرافيا لازير

Fès le, 02/11/20 فاس في ،

=IBRAHIMI ABDELLATIF

30% - Maxidrol collyre 3fl/g

25% - Maxidrol 10g de lait

10% Rondelles oculaires

26,50

Dr AMINE Abdelatif  
OPHTHALMOLOGISTE  
46 Bd Mohamed V - Fès  
TÉL : 05 35 62 20 33

PHARMACIE FATAH  
Dr. YAHYAOUI RACHIDA  
13 AV IBN ATIR FARAH 2 LOT  
EL ARSA - FES - TEL: 05 35 60 05 14

Dr. Amine ABDELATIF

Ophthalmologiste

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Rennes - France  
Angiographie Laser

الدكتور أمين عبد اللطيف

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بربن - فرنسا

أنجيوغرافيا لازير

Fès le,

02/01/2020

فاس في ،

IBRAHIMI ABDELATIF

6900

19300+3  
JMI GAW  
DR.YAHYA FARAH 2  
13 AV IBN FARAH 2  
EL ARSA - FES  
TÉL: 05 35 60 00 03

(11970+3)

+ XSLAM +

DR.YAHYA FARAH 2  
13 AV IBN FARAH 2  
EL ARSA - FES  
TÉL: 05 35 60 00 03

lognthe 29/11

(8900+3)

+ YOUSSEF

lognthe 31/11

26/11

3 mois

19890

DR AMINE ABDELATIF  
OPHTHALMOLOGISTE  
FES

PLUS

RIMA PHARMA  
PVC : 89,00

# VISIONLUX

PLUS  
EYE DROPS

0,3%

Sodium  
**HYALURONATE**  
**Vitamin B12**

Contains

**SCO®**

Preservative free when  
applied in the eyes

*Soothes and relieves  
severe dry eyes*

NOVAX®  
PHARMA

10 ml

Severe dry eyes  
*Soothes and relieves*

Applied in the eyes  
Preservative free when

**SCO®**  
Contains

**Vitamin B12**

Sodium

**HYALURONATE**

0,3%

Lubricating ophthalmic  
solution

EYE DROPS  
PLUS

VISIONLUX

RIMA PHARMA  
PVC : 89,00

® ins  
**JX**  
**PLUS**

RIMA PHARMA  
PVC : 89,00

VISIONLUX

PLUS  
EYE DROPS

Lubricating ophthalmic  
solution

0,3%

**Sodium**  
**HYALURONATE**  
**Vitamin B12**

Dr. Amine ABDELATIF

*Ophthalmologiste*

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Rennes - France  
Angiographie Laser

الدكتور أمين عبد الطيف

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب برين - فرنسا

أنجيوغرافيا لازير

Fès le, 02 NOV 2020 فاس في ،

ABDELTIF Amine

Facture n° 1031 P. N° 1320 2020

ICE: 001636918000003

- exercice de ptérygium

- 14 moraines 800 019

(14 m't cents d'it)

Dr. AMINE ABDELATIF  
OPHTHALMOLOGISTE  
Fès  
Angiographie Laser

Résidence Sara 46 Bd. Mohamed V - FES  
Tél : C.05 35 62 20 33 - G.S.M. : 06 61 50 39 37

أفاسة سارة 46 شارع محمد الخامس - فاس  
الهاتف : 05 35 62 20 33 . التلف : 06 61 50 39 37