

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0020235

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11045 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HABBAT IDRIS LAILA  
Date de naissance : 25/05/76  
Adresse : 10A RESIDENCE ABDALI RUE MABILLON N°4  
VAL FLEURI, CASA  
Tél. : 06 72 33 29 28 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Meryem FILALI ANSARY  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
INPE : 061308094

Date de consultation : 12/07/23  
Nom et prénom du malade : HABBAT IDRIS LAILA

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OCULAIRE

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : CASABLANCA Le : 12 / 07 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
12/07/23	S		300DH	Dr Meryem FILALI ANSARI Spécialiste en Ophtalmologie Maladies et Chirurgie des Yeux Tél. : (+212) 0522 47 15 94 INPE : 061398094

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie VAL FLEUR 87, Av. d'Alger - Casablanca Tél. : 05 22 23 24 80	12/07/23	89.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	I M	I V	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <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 colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT230711141657

12 juillet 2023

Mme HABBAT IDRISSE Laila

89.00  
PURE collyre



1 Goutte x 4/ Jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

CLINIQUE STENDHAL  
18, Avenue Stendhal - SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Dr Maryem FILALI ANSARY  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies de l'Inflammation des Yeux  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
INPS : 061311141657

PHARMACIE ALI FLEURI  
Mme. MERBAÏ ASMAË  
18, Avenue Stendhal - SC  
Casablanca  
Tél. : 0522 47 15 94 - Fax : 0522 99 34 51

Pure

Simply  
natural

Refreshing eye drops  
for irritated eyes

**Composition:** Camomile water 10%,  
Euphrasy water 10%, Comflower water  
10%, Witch-hazel water 10%, dibasic  
sodium phosphate, monobasic sodium  
phosphate, sodium chloride, sodium  
edetate, benzalkonium chloride, WFI.

The refreshing, soothing and calming  
qualities of Camomile, Euphrasy, Comflower  
and Witch Hazel relieve redness caused  
by environmental elements such as wind,  
sun, dry air and salt water as well as  
smoke, excessive light, sports or visual  
fatigue due to long periods using a  
computer.

The product should be used within 30  
days from first opening of the bottle.  
Keep out of the reach and sight of  
children. The product is for external  
ophthalmic use only.  
Do not use after expiry date.

N°Certificat d'Enregistrement au Ministère  
de la Santé: 621/13772/2016/DMP/2016M



FARMIGEE SpA  
Via G.B. Guiva, 8  
56127 Pisa, Italy/Italie

Importateur: I2S Health Services, Villa 44,  
lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

STERILE A

CE 0546



LOT



PPC  
DHS

79.00  
0530222  
2025 02  
79.00

