

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Horizon - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-844325

202761

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 06515 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : HANIF ASMAA EP. BELLA

Date de naissance : 13.12.1967

Adresse : _____

Tél. : 0673564487 Total des frais engagés : 670 Dhs

PR4FR05/V2/2010-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.04.2024

Nom et prénom du malade : M. Hanif Asmaa Ep. Bella Age : _____

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

Nature de la maladie : Complication

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 : 15/04/2024

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 Médecin attestant le Paiement des Actes
15/04/2024		1	250,00	<i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur

Date

Montant de la Facture

15.10.24

420,20

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

Montant des Honoraires

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

Coefficient DES TRAVAUX

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

Dr. Salma BELAAROUSSI
Spécialiste en Ophtalmologie
Enfants et adultes



د. سلمى بلعروسي

إخصائية في طب و جراحة العيون
للصغار والكبار

Lauréate de la faculté de Médecine et pharmacie de Casablanca
Diplôme universitaire d'imagerie rétinienne et traitement
maculaire de l'université de Paris-Est Créteil (France)
Diplôme universitaire de surface oculaire à l'université de Brest (France)
Diplôme universitaire d'adaptation en lentille de contact de l'université
de Versailles Saint Quentin en Yvelines (France)
Médecin agréée pour l'aptitude médicale à la conduite

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- حائزة على دبلوم في أمراض الشبكية بجامعة باريس كريت (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في أمراض سطح العين ببريست (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في العدسات اللاصقة بجامعة قرسي (فرنسا)
- طبيبة معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

ORDONNANCE

Casablanca, le

15 avril 2024

Mme HANIF ASMAA Ep Bella

VALEX: cp

1 cp matin & 1 cp le soir, après repas, pendant 7 jours

TOBREX: collyre cl

1 goutte 6 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 10 jours

AQUALARM ud

1 goutte 6 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1

XAILIN wash

Lavage oculaire x 6 / jr, dans les deux yeux, pendant

LOT : 23019
PPV : 142 DH 50
PER : 11/26

LOT/ 233157
EXP 10 2026
PPV 24.70 DH

ZENITH Pharma
N° CE : 15988/2019/DN/P
PPC : 154,00 DH

OPHTALMED
PPC
99.00 DHS

Dr BELAAROUSSI SALMA
Ophtalmologiste
Lot Selouane, lot 35, Office Jad, 1^{er} Etage, Niveau 4,
Bd Moulouya, Oulfa - Casablanca
06 61 82 73 37 / 05 22 90 15 16

تجوزة السلوان | 35 | مكاتب جاد | الطابق الأول | مكتب 4 شارع ملوية | الألفة | الدار البيضاء

Lotissement Selouane | lot 35 | Office Jad | Bureau 4 | 1^{er} étage
Bd. Moulouya, Oulfa | Casablanca | Tél.: 05 22 90 15 16 | G.S.M.: 06 61 82 73 37
dr.belaaroussisalma@gmail.com /INPE 0613 01172