

## 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 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 une fois par an.

### 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.

202262

PRAFROS/V2/20-10-2023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06515		Société : RAN	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HANIF ASNIA EP. BELLA			
Date de naissance : 13.12.1967			
Adresse :			
Tél. : 0673564487		Total des frais engagés : 670 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr BELAABDSSI SALIMA			
Date de consultation : 15/04/2024			
Nom et prénom du malade : M. Hanif ASNIA EP. BELLA Age : .....			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : conjon d'irrite			
Affection longue durée ou chronique : ALD <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature de l'adhérent(e) : 

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
15/04/2024	Consultation	1	250,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Excellen<sup>ce</sup> PHARMACIE D'ADONIA 17 Rue de la République 75011 Paris Téléphone 01 42 62 00 00</i>	15.10.4124	440,40

## **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

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 agréé pour l'aptitude médicale à la conduite



د. سلمى بعلبروسي  
الخصائية في طب و جراحة العيون  
للسغار و الكبار

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- حائزة على دبلوم في أمراض الثبكتة بجامعة باريس كريتي (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في أمراض سطح العين ببريس (فرنسا)
- حائزة على دبلوم في العدسات الlassique بجامعة فرساي (فرنسا)
- طبيبة معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

## ORDONNANCE

Casablanca, le .....  
15 avril 2024

Mme HANIF ASMAA Ep Bella

142150

VALEX: cp

1 cp matin & 1 cp le soir, après repas, pendant 7 jours  
24,70

TOBREX: collyre cl

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

AS4,00

AQUALARM ud

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

99,00

XAILIN wash

420,00 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 : 15986/2019/DN.P  
PPC : 154,00 DH

OPHTALMED  
PPC  
99.00 DHS

Dr BELAAROUSSI SALMA  
Ophtalmologiste  
Lot 35, Selouane, Office Jad, 1<sup>er</sup> étage, Bureau 4,  
Bd Moulouya, Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 15 16 | G.S.M.: 06 61 82 73 37  
06 61 82 73 37 | 05 22 90 15 16  
dr.belaaroussisalma@gmail.com / INPE 0613 01172

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

Lotissement Selouane | lot 35 | Office Jad | Bureau 4 | 1<sup>er</sup> 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