

# 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 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 tous les 6 mois.

## 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.

M23- 0026966

263901

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.09

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DERKAOUI MALIKA

Date de naissance : 7.17.16

Adresse :

Tél. : 06.07.16.87.76 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr BELAAROUSSI SALMA  
Ophthalmologiste  
Lot Selouane, lot 35, office 1a/1 Etage bureau 4,  
Bvd moutouya, ouzza Casablanca  
05 22 90 15 16*

Date de consultation : 20.06.18.24

Nom et prénom du malade : DERKAOUI MALIKA

Age : 1065

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20.04.24        | (5) ophtalmos     | 300,00                |                                 | Dr. BELAAROUZI<br>optalmologue<br>Belouane lot 35, office 101<br>sidi moulouya, oufala Casablanca<br>+212 37 05 22 90 15 16 |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien                                     | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| SE PHARMACEUTIQUE HAMM<br>CASPERL ANCA<br>FAX: 092030261 | 20/04/24 | 270,20                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **(Création, remont, adjonction)**

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

LIBRAIRIE GARNIER DU BRÉSIL, IMPRIMEUR ATTRACTANT L'EXÉCUTION



- 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

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- حائزة على دبلوم في أمراض الشبكية بجامعة باريس كريتي (فرنسا)

- حائزة على دبلوم في أمراض سطح العين ببرست (فرنسا)

- حائزة على دبلوم في العدسات اللاصقة بجامعة فرساي (فرنسا)

- طبيبة معتمدة للفحص الطبي لرخصة السياقة

# ORDONNANCE

Casablanca, le .....

20 avril 2024

Mme DERKAOUI Malika

LARMABAK

54,15  
50,60x2 1 goutte 4 fois / jours , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

CORNEREDEL ou EyeGelplus ou gel larmes

38,30x3 1 application le soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

270,20

DR. BELAAROUSSI SALMA  
Ophtalmologiste  
Lot Selouane lot 35, office Jad, 1<sup>er</sup> étage bureau 4,  
Bvd moulouya ouffa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 15 16

DR. BELAAROUSSI SALMA  
Ophtalmologiste  
Lot Selouane lot 35, office Jad, 1<sup>er</sup> étage bureau 4,  
Bvd moulouya ouffa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 15 16

LARMABAK 0,9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



6 118001 100651

COOPER PHARMA  
PPV: 38,30 DH

⇒ x 3 Céd





