

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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 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

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

N° P19- 0044507

ND: 30398  
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ibrahim Abdellatif

Date de naissance : 01/01/1946

Adresse : Rue Anoual N°34 Hay Farah III FES

Tél. 0662563042 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2020

Nom et prénom du malade : IBRAHIMI ABDellatif Age: 74

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

Nature de la maladie : pterygium

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044507

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 1041.60 Dhs

Date de dépôt :

# 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
24/02/2009	C.S.	1	Gratuit	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

14/05/09 10436  
INPE  
142028265

## 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

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

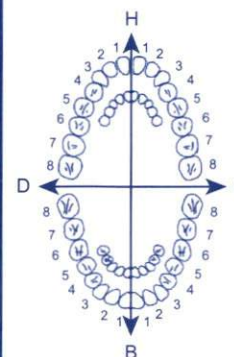
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

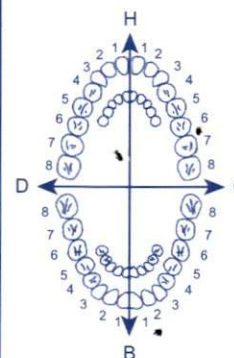
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hassan OULEHRI**

**Spécialiste en ophtalmologie**

Lauréat de la faculté de médecine de Fès  
Diplômé en adaptation des lentilles de contact de Paris  
Diplômé en Imagerie et pathologies rétinienne de Créteil  
Diplômé en maladies de la surface oculaire de Tours



**الدكتور حسن أولهري**  
**أخصائي طب و جراحة العيون**

خريج كلية الطب و الصيدلة بفاس  
دبلوم في العدسات اللاصقة بباريس - فرنسا  
دبلوم في تصوير و أمراض شبكية العين بكرتاي - فرنسا  
دبلوم في الأمراض السطحية للعين بتور - فرنسا

INP:



141220228

**ORDONNANCE**

**14 février 2020**

**Mr. IBRAHIMI Abdellatif**

**1/ XOLAMOL: COLLYRE**

**3 Boites**

1 goutte 2 fois par jour 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

**2/ ALPHAGAN 0.2 %**

**3 Boites**

1 goutte x3 /jour (9h 15h 21 h), dans les deux yeux

**3) Vision**

**3 Boites**

**Dr. OULEHRI Hassan**  
**Spécialiste en Ophtalmologie**  
1, Rue Abdelkrim Benjelloun, espace Marina, 2<sup>ème</sup> étage, N°10, Fès - Maroc  
INPE 141220228

(دور زولامول، تيمولول)  
 زولامول®  
 Ophthalmics  
 زولامول®  
 Xolamol®  
 Lot: 09 19  
 Fab: 09 21  
 Exp: 09 21  
 P.P.V : 110 DH 70

Lot:  
 Fab:  
 Exp:  
 P.P.V : 110 DH 70  
 زولامول®  
 (دور زولامول، تيمولول)  
 محلول معقم  
 للعين

(دور زولامول، تيمولول)  
 زولامول®  
 Ophthalmics  
 زولامول®  
 Xolamol®  
 Lot: 07 19  
 Fab: 07 21  
 Exp: 07 21  
 P.P.V : 110 DH 70

Lot n°:  
 Fab :  
 EXP :  
 PPV : 147DH50  
 Collyre en solution  
 Brimonidine  
 0.2%  
 Alphagan®  
 Flacon de 5 ml

Lot n°:  
 Fab :  
 EXP :  
 PPV : 147DH50  
 Collyre en solution  
 Brimonidine  
 0.2%  
 Alphagan®  
 Flacon de 5 ml

Lot n°:  
 Fab :  
 EXP :  
 PPV : 147DH50  
 Collyre en solution  
 Brimonidine  
 0.2%  
 Alphagan®  
 Flacon de 5 ml

VISION PLUS  
 RIMA PHARMA  
 PVC : 89,00  
 RIMA PHARMA  
 PVC : 89,00