

**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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 de caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

MDL0012

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 468 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FIAAR HALIMA

Date de naissance : 1958

Adresse : LOT. KABIRI. Rue Hssain N°5 SALÉ

Tél. : 0664389948 Total des frais engagés : 1170,10 D.H.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2020

Nom et prénom du malade : HALIMA FIAAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint En

Nature de la maladie : affection de la

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : PHARMACIE le : 17 FEV 2020 Le : 08/01/20

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/01/2020 CST		700,15	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/2020	120,10

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
Chet et signature du Praticien et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Chet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	23/01/2020	Kerophop : 1000,24			
		Rentu : 450,00			

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOIN DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	

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

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور طارق الألوسي
اخصائي طب و جراحة العيون

- طبيب مساعد سابق بمستشفى ايرازم بروكسل
- خريج كلية الطب، الرباط
- دبلوم في جراحة الشبكية،
الجلالة بالذبذبات، الحول،
العدسات اللاصقة بفرنسا

DR TARIK EL ALLOUSSI
Ophtalmologue

- Ancien assistant à l'hôpital ERASME, ULB, Bruxelles
- Diplôme de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômé de chirurgie rétinienne (Paris), de Strabologie (Nantes), de contactologie (Bordeaux) decataracte phaco (Toulouse) France.

Rabat le :

08 janvier 2020

Mme HALIMA FIHAR

75.70

ZALERG

x2, les deux yeux

CELLUVISC

x3, les deux yeux, + mois

6 118001 102495
ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - P.P.V : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

CELLUVISC® 4mg/0,4ml
Collyre en récipient unidose

6 118001 030095
PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

صيدلية
شارع 70 مدار
Dr. MAANNOU Khalide
2 avenue oujada sidi Moussa
Sala-Tel/Fax : 0537 88 58 85

Dr. TARIK EL ALLOUSSI
Ophtalmologue
Centre NADAR ophtalmologie
103, Av. Sidi Mohamed Ben Abdallah
Qibbat - Akkari-Rabat (Face CIH)
Tél : 05 37 23 13 55 / 05 37 23 05 23
I.N.P 101.173.169



الدكتور طارق الألوسي
أخصائي طب و جراحة العيون

- طبيب مساعد سابق بمستشفى
إيرازم بروكسيل
- خريج كلية الطب، الرباط
- دبلوم في جراحة الشبكية،
الجلالة بالذبذبات، الحول،
العدسات اللاصقة بفرنسا

DR TARIK EL ALLOUSSI
Ophthalmologue

- Ancien assistant à l'hôpital ERASME, ULB, Bruxelles
- Diplôme de la faculté de médecine de Rabat
- Diplômé de chirurgie rétinienne (Paris), de Strabologie (Nantes), de contactologie (Bordeaux) decataracte phaco (Toulouse) France.

Rabat le :

08 janvier 2020

Mme HALIMA FIHAR

Monture + verres correcteurs
progressifs
Antireflets

VL :

$OD = + 3.00 (- 1.00 \text{ à } 90^\circ)$

$OG = + 2.00 (- 0.75 \text{ à } 100^\circ)$

VP :

$ODG = Add : + 2.75$

NADAR
Ophthalmologie

Centre d'Ophtalmologie Centre de Goniologie
Centre d'Ophtalmologie Centre de Goniologie
Centre d'Ophtalmologie Centre de Goniologie

Dr. Tarik EL ALLOUSSI
Ophthalmologue
Centre NADAR d'ophtalmologie
103, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah
Qbibat - Akkari-Rabat (face CIH)
Tél. : 05 37 23 13 55 / 05 37 23 05 23



CENTRE FADOUA
D'OPTOMÉTRIE ET CONTACTOLOGIE

Salé, le 23.10.2020

FACTURE 774

Docteur : F.L.A. LLOUVSKI

Mr./Mme : Halima FIHAR

VISION DE LOIN	VISION DE PRÉS
OD SPH +3,00 OG SPH +2,00	Cyl -1,25/100 Cyl -0,75/100

Quantité	Désignation	Prix
01	Monture	450,00
02	Verres Progressifs	1000,00
Total		1450,00

Montant (en lettres) mille quatre cent cinquante

32

Cachet et Signature

Centre FADOUA Optométrie et Contactologie
Tél. 05 37 81 6333 / 05 37 81 6334
N° 104, Cité Chemaou - Salé - Tél. : 05 37 87 81 63