

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1543 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Oussouss Brahim

Date de naissance : 1-1-1950

Adresse : Haig Amaz Nas Bd. El Fida Casab

Tél. 0676636878 Total des frais engagés : 1078 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59, Bd. Zeraktouni Casab  
Résidence Les Fleurs

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/02/2021

Nom et prénom du malade : Oussouss Brahim Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Glaucoma C. Simple

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 :

Signature de l'adhérent(e) : 23/02/2021

Le : 23/02/2021

### 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
11/2/21		2	250.00	DR EL ASRI HAMID Optthalmologue 59, Bd. 23rd of Novembre Résidence 1000

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE CASABLANCA 60, Bd El Mahatta - Casablanca Tél. 05 22 80 00 70	11.02.21	823, 50

**I.N.P.E**  
092017300

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

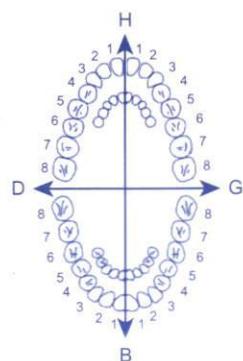
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS 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
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# Docteur EL ASRI Halima

OPHTALMOLOGUE

Maladie\$ et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

ex. Chef de Service à

l'Hopital de Mohammadia

PPV: 147DH50

Collyre en sol

Brimondidir

Casablanca; le :

11/02/2021

# الدكتورة العسري حلية

اختصاصية في امراض وجراحة العيون

ليزر - صور الشريان

رئيسة مصلحة سابقا

بمستشفى المحمدية

PPV: 147DH50

Collyre

Brim

Flacon de 5 ml

127,00 x 3

X 5.0.10 ml collyre (A.S)

1 gte la soir.

147,50 x 3

Alpha gone collyre (3)  
1 gte la matin

823,50 Tous les 3 mois

صيدلية الدار البيضاء  
PHARMACIE DE CASABLANCA  
160, Bd El Mahatta - Casablanca  
Tél 05 22 80 09 70

PPV: 147DH50

Collyre

Brim

Dr EL ASRI Halima  
Ophtalmologue  
59, Bd. Zerkouni Cas.  
Résidence les Fleurs

LOT/EXP.:  
GW4840  
Y45043  
05/2022  
PPV 127DH00

LOT/EXP.:  
DD8167  
CN8682  
07/2022  
PPV 127DH00



**valable 3 mois**

Le ..... / ..... / 20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : *DR EL ASRI Halima 2*

Certifie que Mlle, Mme, M. : *OUSSAID BRAHIM*

Présente *Une Glaucome chronique simple*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*Un Traitement en continue*  
*Xalatan + Aérophage*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

*Dr EL ASRI Halima  
Oculairmologie  
39, Bd. Mohammed V  
Résidence Les plages*

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca