

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

## Conditions générales :

Le nom et adresse réservé à l'adhérent doit être clairement 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.

Une entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## Ophtalmologie 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.

## Education :

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.

## Thérapie :

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

Reclamation : 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3166 Société : Abdellatif

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TBRAHIMI

Date de naissance : 01/01/1966

Adresse : Rue Aouad N°34 Hay Fouah III FES

Télé : 662 563012 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. OULEHRI Hassan**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
1, Rue Abdelkarim benjelloun  
Espace MARINA - FES

Date de consultation : 30/09/2021

Nom et prénom du malade : TBRAHIMI ABDENAFI Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Glaucome OND

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 : 26/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-048180

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 : .....

Date de dépôt : .....

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11	6 - 2	1	250.00	Dr. OULETTA Spécialiste en Médecine 1, Rue Abdellah Kammoun Espace MARINA - FES INPE 111220228

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Chet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
Pharmacie FARAH Dr. YAHYAoui RACHIDA 3 AV. IBN ATIR FARAH 2 LOUJARSA - FES TEL : 05 35 60 05 14 TEL : 05 35 60 05 14 2028265	30-04-21	1360,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Nom et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

VOLET ADHERENT \_\_\_\_\_  
081840

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux							
				Montants							
					Montants						
						Montants					
							Montants				
								Montants			
									Montants		
										Montants	
											Montants
			Date de première ouverture تاریخ اول فتح								
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G									
		Coefficient des travaux									
		Montants des soins									
		Date du devis									
		Date de l'exécution									
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 rétiennes de Crétell  
Diplômé en maladies de la surface oculaire de Tours

الدكتور حسن أولهري  
أخصائي طب و جراحة العيون

خريج كلية الطب و الصيدلة فاس  
دبلوم في العدسات اللاصقة بباريس - فرنسا  
دبلوم في تصوير و أمراض شبکية العين بكرتاي - فرنسا  
دبلوم في الأمراض السطحية للعين بטור - فرنسا

INP: 141220228

## ORDONNANCE

30 avril 2021

Mr. IBRAHIMI Abdellatif

### 1/ XOLAMOL: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour 8h et 20h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

### 2/ IBRIMO

1 goutte \*2/jours, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

### 3/ THEALOSE COLLYRE

1 goutte 4 fois / jour , dans les deux yeux, pendant 1 Mois

1369,20

PHARMACIE FARAH  
Dr. YAHYAOUI RACHIDA  
13 AV IBN ATIR FARAH 2  
TEL: 05 35 60 05 14  
INPE: 14202826514

Dr. OULEHRI Hassan  
Spécialiste en Ophtalmologie  
1, Rue Abdellatif Benjelloun  
Espace MARINA FES  
INPE 141220228

1. شارع عبد الكrim بن جلون ، فضاء مارينا ، الطابق الثاني ، رقم 10 ، فاس  
1, Rue Abdellatif Benjelloun, Espace Marina, 2<sup>ème</sup> étage, N°10, Fès - Maroc  
06 61 23 52 08 05 32 02 30 12

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 B 0021  
Fab: 04 20  
Exp: 04 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 C 0166  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 B 0241  
Fab: 02 20  
Exp: 02 22

P.P.V : 110 DH 70

PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 C 0166  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 C 0166  
Fab: 07 20  
Exp: 07 22

P.P.V : 110 DH 70

زنلامول®  
Xolamol®

Lot: 3 D 0211  
Fab: 04 20  
Exp: 04 22

P.P.V : 110 DH 70

PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50



PPV : 91 DH 50

