

## 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.

### 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.

### Prothétique :

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

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.

N° W21-620172

72424

Maladie

Dentaire

Optique

Au

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1419

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HOUDEIR LAHSEN

Date de naissance :

15.06.1952

Adresse :

7 lot Hafid Illée des Lauriers

Alphonse Lassa

Tél. : 06 61 17 62 43 Total des frais engagés :

358 FDS HT

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTHALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 - CASA  
Tél./Fax : 0522 27 60 61

Date de consultation :

23 MAR 2021

Nom et prénom du malade :

HOUDEIR LAHSEN

Age :

68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gev

MUPRAS

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casa

ACCUEIL DES S. 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Hen

### 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
23 MAR 2021	9	OK 300	INP : 091047951 DRPHF Mustapha 31, Boulevard MOLOCQUE 4ème étage - 15 - CASA Tél/Fax : 0522 27 80 61

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TAFAD LAMSÉDÉR WAFA 3 Bis, Route de l'ouïe 76100 LE HAVRE	21/03/21	581,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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 :

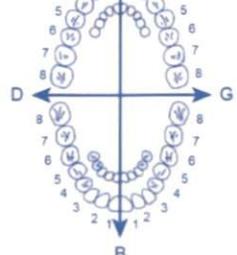
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				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	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'EXEC

**Dr. Muṣṭapha AZHARI**

Spécialiste des Maladies  
et de la Chirurgie des Yeux  
Ancien Interne des hôpitaux  
de Toulouse (France)

Laser Excimer - Strabisme  
Contactologie



**الدكتور مصطفى أزهري**

اختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون  
طبيب سابقاً بمستشفيات  
تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللا صفة  
22 mars 2021

Mr. HOUDÉIR Lahsen



FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

1 app 2 fois par jour, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

FRAKIDEX POMMADE

1 application le soir pendant 08 jours  
aux deux yeux , dans l'œil gauche

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

PHARMACIE YADDART  
LAMSAFFAAT BACHIKOU  
? Bd. Roudou Tatbar - Casablanca  
Tél. : 05 22 28 21 67

Dr. AZHARI Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage, N° 15 - CASA  
Tél/Fax : 05 22 27 60 61

131، شارع عبد المؤمن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المؤمن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء  
131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4 è Etage - N° 15 - Casablanca  
Tél. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tél. : 05 22 47 30 38 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr