

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° M21- 0003049

89527

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9042 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaite

Nom & Prénom : M^{lle} LABIED LATIFA

Date de naissance : 15/06/1963

Adresse : Habituée

Tél. : 0676460261 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage
Bureau N° 12 - Casablanca
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

Date de consultation : 26/08/2021

Nom et prénom du malade : LABIED LATIFA Age : 58

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

Nature de la maladie : Correction opht/Scénario oculaire

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/08/2021	CS		300,00	<p>Docteur Yasser BENSALA Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage Bureau N° 12 - Casablanca Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11</p>

26/08/2021	CS	300,00
------------	----	--------

Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd Yacoub El Mansour 1er Etage
Bureau N° 12 - Casablanca
Tél. 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

[illegible]

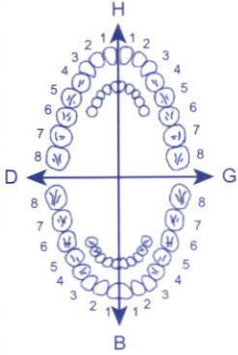
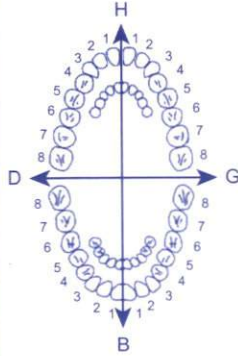
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l

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					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS		
				DATE DU DEVIS		
				DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, 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					

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Yasser BENSALAH



Ophtalmologiste

الدكتور ياسر بن صالح

Spécialiste des maladies
et chirurgie des yeux

Ancien médecin des hôpitaux de Paris

Ancien médecin de l'hôpital militaire
d'instruction Mohammed V de Rabat

Agréé pour le permis de conduire

اختصاصي في أمراض
و جراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

معتد لرخطة السياقة

26 août 2021

Mme LABIED Latifa

ZALERG

1 GOUTTE MATIN ET SOIR, les deux yeux, 1 Mois

OCUYAL GEL

1 GOUTTE 3 FOIS PAR JOUR, les deux yeux, 3 Mois



Docteur Yasser BENSALAH
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
22, Bd. Yacoub El Mansour 1^{er} Etage
Bureau N°12 - Casablanca
Tél: 0522 23 42 92 - Gsm: 0625 25 11 25

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق الأول - مكتب رقم 12 - الدار البيضاء

22, Bd Yacoub El Mansour - 1^{er} étage - Bureau N°12 - Casablanca
Tél. : 05 22 23 42 92 - Gsm : 06 25 25 11 25 - E-mail : bensalahy@yahoo.fr

INDICATIONS

OcuYal Gel est indiqué dans l'humidification et le rafraîchissement des yeux, il apaise les symptômes générés suite à une longue période d'instabilité du film lacrymal. OcuYal Gel protège, humidifie et lubrifie la cornée, il soulage l'irritation des yeux ou la sensation de sécheresse aiguë oculaire liée à un manque de larmes, facteurs environnementaux (poussière, pollution, pollens), ménopause, interventions chirurgicales et utilisation prolongée de lentilles de contact. OcuYal Gel, grâce à l'acide hyaluronique, est également recommandé pour lubrifier et hydrater toute sorte de

ISOPHARM

OCUYAL GEL

0.30%

99.50 DH

0.30%, acide borique, chlorure de sodium, eau déminéralisée.

CONTENU

1 flacon de 10 ml
1 notice
Dispositif médical

SCHALCON S.p.A.

Viale Enrico Ortolan, 195

00125 ROMA Italy

10 ml

schalcon

GOUTTES OCULAIRES EN
GEL LUBRIFIANTES ET
APAISANTES À BASE D'ACIDE
HYALURONIQUE 0.30%

OCUYAL GEL

