

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



119744

**Déclaration de Maladie : N° S190002931**

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0012941 Société : R.A.N.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BASRI YOUNESS Date de naissance : 09.10.1978  
Adresse : Residence Andalousia Sm 78 Apt 8 Casa  
Tél : 0660 16 41 05 Total des frais engagés : 670,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/05/2022  
Nom et prénom du malade : BASRI YOUNESS Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Refractive  
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 : Casa Le : 28/06/22  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 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**

| 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                     |
| 28/05/22                       | CS                |                       | 30000F                          |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES   |          |                       |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|  <p><b>PHARMACIE OCEAN PALM</b><br/><b>HARIT NAJWA</b><br/>Docteur en Pharmacie</p> <p>Lot Ocean Palm GH3 Imm 14 MAG n°1<br/>Km 19 Route D'azemmour - Dar Bouazza<br/>Tél: +212 5 20 62 81 63 - INPE: 092103613</p> | 28/07/22 | 370,20 b.m            |

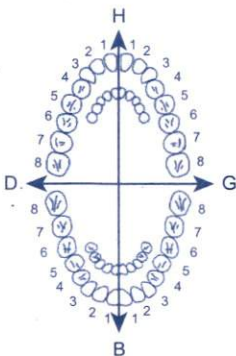
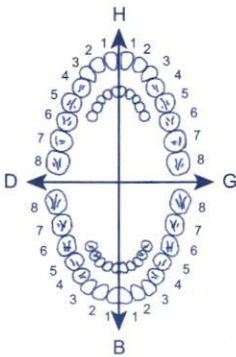
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>Soins  | Coefficient                                 |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|---|--|----------------------|---|---|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|---|
|    |  |                      |   | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   | DEBUT<br>D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   | FIN<br>D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE   |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                      |   | H   |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | Coefficient<br>DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | D  | G                    |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | B  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                      |   | MONTANTS<br>DES SOINS <input type="text"/>      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   | DATE DU<br>DEVIS <input type="text"/>           |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      | DATE DE<br>L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|   |  |                      |   |   |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Ophtalmo Laser Haloui Marrakech

Docteur Mohammed Saïd HALOUI

Ophtalmologiste

Chirurgie réfractive

Angiographie - OCT

Topographie cornéenne - Echographie

Microscopie spéculaire

Laser



الدكتور محمد سعيد الحلوي

إختصاصي أمراض و جراحة العيون

جراحة الانكسار البصري

تصوير أوعية شبكة العين - علاج بأشعة الليزر

التصوير المقطعي - مجهر ذرأة

طبغرافية مساحة القرنية - الفحص بالموجات فوق الصوتية

28/05/2022

Marrakech, le ..... مراکش في

**BASRI Youness**

26.2

- **AZYTER 15mg/g**

1 goutte, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 jours

a renouveler après 15 jours

147.2

- **BLEPHAGEL (Propylène glycol.Borate de Na)**

1 application, 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 mois

147.2

- **Théalose(acide hyalo 0.15%+3%tréhalose)**

1 goutte, 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 mois

370.2

**Dr. Mohammed Saïd HALOUI**  
Spécialiste en Ophtalmologie  
Imm. 6 Appt. 5, Rés. des Habbous Avenue  
Allal El Fassi Marrakech  
Tél. : 05 24 30 41 42/05 24 33 06 46  
INPE 071071419



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc

N° Homologation Maroc

1573/2016/DMP/20/DM

PFC : 147,00 DH

Azyter 15 mg/g

Collyre, B/6 récipients unidoses

PPV : 76,20 DH



6 118001 101801

Distribué par COOPER PHARMIA

41, rue Mohamed Diouri, Casablanca

Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

30 g

PFC

بليفاجيل

147.00

DH



هلام معقم بدون مادة

حافظة

للنظافة اليومية للجفون و

الرموش

أنبوب بمضخة إيراليس

30 غ