

# 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 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

- Reclamation : 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.

M22- 0023643

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 981 Société : 129523

Actif  Pensionné(e)  Autre : LAABIBATE MED

Nom & Prénom : LAABIBATE MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. AZHART Mustapha  
OPHTALMOLOGUE  
131, Boulevard Abdelmoumen  
4ème Etage N° 15 CASA  
Tél / Fax 0522 27 60 61

Date de consultation : 09 SEP 2022

Nom et prénom du malade : MAJANE ZAHRA EP LAABIBATE Age : 66 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gene à malice de la hypertonie oculo

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 14 SEP. 2022

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) : 

### 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
9 SEP 2022	g			<i>Mustapha Bouleydou Abtelmoumen 1er étage 15 CASA Tél / Fax 05 22 76 60 80</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DU NOSTAN</i>	9/09/22	384.70

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
			11

### AUXILIAIRES MEDICAUX

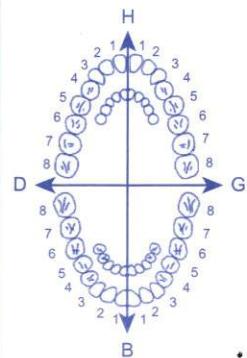
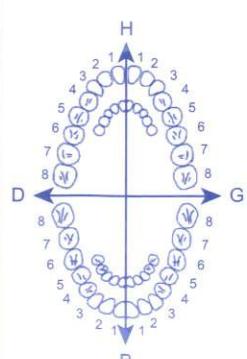
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	Montants des soins
D	21433552 00000000 11433553	B		
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. Mustapha 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

وجراحة العيون

طبيب سابق بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الجول

العدسات اللا صلقة

**09 septembre  
2022**

Casablanca, le .....

**Mme MANANE EP LAABIBATE  
ZAHRA**

RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

CARTEOL LP 2%: collyre



1 goutte par jour, le matin à 8h, dans les deux yeux, pendant 3

Mois

65.00 DH

OXYAL: COLLYRE



RIMAPHARMA  
PVC  
65 00 DH

1 goutte 3 à 6 fois / jour les deux yeux pendant 02 mois

384.70

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

131، شارع عبد المؤمن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المؤمن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelloumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelloumen - 4 è Etage - N° 15 - Casablanca

Tél. / Fax: 05 22 27 60 61 - Tél. : 05 22 47 30 38 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

العيار H7815  
FAB/ مارس 2021  
EXP/ ٠٦/٢٠٢٣

PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

118001270040

العيار H7815  
FAB/ مارس 2021  
EXP/ ٠٦/٢٠٢٣

PPV : 84,90 DHS

CARTEOL L.P. 2%  
Collyre 3ml  
ZENITH PHARMA  
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

العيار H7815  
FAB/ مارس 2021  
EXP/ ٠٦/٢٠٢٣

PPV : 84,90 DHS