

# 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

- 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.

Optique

Maladie

Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1308 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : larabi Mohamad

Date de naissance : 1949

Adresse : 19681

Tél. : 0661189114 Total des frais engagés :

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr Maryam EL IKHLOUFI  
SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE  
MALADIES E. CHIRURGIE DES YEUX  
18, Avenue Dr. Allal Ben Abdellah Casablanca  
Téléphone : 05 22 20 45 45 E-mail : 05 22 22 78 18*

Date de consultation : 18/02/2021

Nom et prénom du malade : ELBAHAI AMINA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTATION OCULAIRES

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
101186 G		gratuit	<p><i>Maryam EL HADJ</i>  <i>Spécialiste en Ophtalmologie</i>  <i>Maladies et Chirurgie des yeux</i>  <i>18, Avenue Stendhal - Casablanca</i>  <i>Tel : (212) 032 27 15 94 - INDE : 051 260 303</i>  <i>elhadjmario@cliniquestendhal.com</i></p>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CACHET DE LA PHARMACIE DU GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE SUD MULHOUSE	18/01/2016	189,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

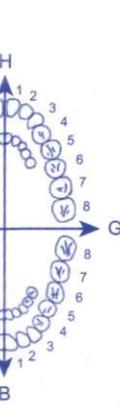
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

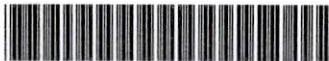
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement 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		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	35533411			Coefficient des travaux
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	B	00000000	11433553														
	35533411																
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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



PT191216114039

18 janvier 2024

Mme EL BAHI Amina

189,00

BLEFARETTE

Massage palpébral chaque soir pendant 5 à 10 minutes, dans les deux yeux,  
pendant 1 Mois

PHYLARM

1 lavage / jour le matin, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

PHARMACIE DE L'AEROPORT D'ANFA  
Mme. LAMNIAI BRIGITTE  
72, BIS Bd. Sidi Abderrahmane  
Beautesjour - Casablanca  
Tél : 0522 39 06 36

Dr Maryam EL IKHLOUFI  
Spécialiste en Ophthalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
18, Avenue Stendhal - Casablanca  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : ophthalmologie@cliniquestendhal.com



# Blefurette

**Disposable wipes  
for the daily cleansing of the eye area**

30 disposable wipes

LOT

30970932



2025/10

PPC

189,00

DHS



Polifarma