

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.

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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Hay
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-604808

6h32 CA

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8495 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ESSALHI MOHAMED LAZZE
 Date de naissance : 14 MARS 1965
 Adresse : AEHALHI @ MYPALAIRMAROC.COM
 Tél : 0665 238546 Total des frais engagés : 1271 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06-02-2021
 Nom et prénom du malade : G. S. ELIATENA ZAKA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affectée
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer tous 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du M. attestant le Paiement des A.
06.02.2011	C85		129,10	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Moustawaf Bettana Tél : 06 44 42 49 GSM : 06 44 42 06 16	06.02.2011	129,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 	11.02.21	 	129,10

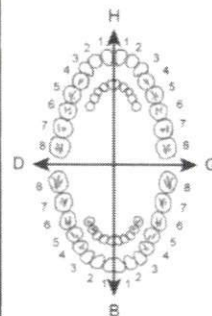
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10 Fev 2011					

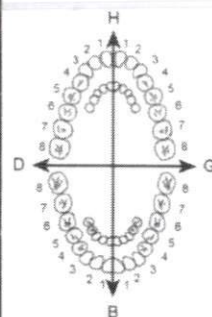
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux
Chirurgie de la Cataracte (phaco)
Angio-Laser, OCT, IVT
Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون
جراحة الجلالة (الفاكو)
التصوير بالأشعة و الليزر
طب عيون الأطفال

06 février 2021

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, Imm.1, Appt.4, Lghrablia
Salé - Tel: 05 37 84 54 43

LEVOPHTA COLLYRE

1gtte*3/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

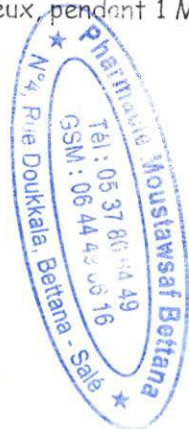
LARMABAK 90 MG FLACON 10 ML

1 goutte 3 fois/jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diori,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, Imm.1, Appt.4, Lghrablia
Salé - Tel: 05 37 84 54 43

1408



Nabil Zahri

Opticien Optométriste
Spécialiste en
Lentilles De Contacte

Salé, le

10 Fevr 2021

Facture N° 08348

M. **ESSALHI**
FATIMA ZAHRA

Dr.

VISION LOIN

OD : Sph **+1.75** Cyl **-2.00** Axe **6°**
OG : Sph **+1.75** Cyl **-2.00** Axe **173°**

VISION PRES

Add
Add

Désignation

Monture : **Plastique**
Verres : **organique Antireflet**
Lentilles :
Observation :

Prix

300 DH
400 DH

Cachet - Signature :

TOTAL

700 DH



MONTANT (en lettres)

sept cent dix-huit

10 Fevr 2021

Mag. N° 3, Rés. El Ghazouani. Av. Médiouna, 11000, Bettana, - Salé - Tél. : 06 61 33 00 03

ICE : 000416462000057 - R.C : 29702 -Patente : 28801524 -I.F : 36226420

E-mail : okovision@hotmail.fr

Dr. BEL MOKHTAR Adil

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et de Paris
Ex. Ophtalmologiste à l'Hôpital des Spécialités de Rabat

Chirurgien Ophtalmologiste

Maladie et Chirurgie des yeux
Chirurgie de la Cataracte (phaco)
Angio-Laser, OCT, IVT
Ophtalmologie Pédiatrique



د. بن المختار عادل

خريج كلية الطب بالرباط وباريس
طبيب سابق بمستشفى الاختصاصات بالرباط

أخصائي في طب و جراحة العيون

أمراض و جراحة العيون
جراحة الجلالة (الفاكو)
التصوير بالأشعة و الليزر
طب عيون الأطفال

06 février 2021

Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, Imm.1, Apt.4, Lghrablia
Salé - Tél : 05 37 84 54 43

Mlle ESSALHI FATIMA ZAHRA

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets

OD = + 1.75 (- 2.00 à 6°)

OG = + 1.75 (- 2.00 à 173°)



Dr. BEL MOKHTAR Adil
Ophtalmologiste
Rés. Saada, Imm.1, Apt.4, Lghrablia
Salé - Tél : 05 37 84 54 43