

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## 1. 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.

Une 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.

## 2. Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## 3. Médecine 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.

## 4. Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## 5. 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.

## 6. 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.

## 7. 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.

## 8. 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

N° P19- 0037546

ND- 2 88 11

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Labdâa M. ed

Date de naissance : 1941

Adresse : Hay El Alia Rue 3 N° 28 oufia Casab

Tél. : 06.65.32.84.66 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12 A FEV 2020

Nom et prénom du malade : LABDAA Ned Age: AS

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : glaucome + myopie bilatérale + KPS + myoclonie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : AS

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/2/20	956,70

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
- Ancien Médecin des Forces Armées Royales
- Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"



• طبيب سابق بالمستشفى المركزي ببنفيسي - فرنسا

• طبيب سابق بالقوات الملكية المغربية

• طبيب سابق لدى مؤسسة البصر العالمية

Casablanca, le : 24 FEV 2020

مختبر LABDAAL Ned



1S

16412073

go soft

coll. (03 flacons)

1

Agte 2 fl

1S

75,70 x 3

zaleng

coll. (03 flacon)

16412073

Agte 2 fl

1S

79,100  
x 3

Vita pos

(03 tubes)

1 app & son

79,00DHS  
PPC:

VitA-POS®

pommade  
ophtalmique



**VitA-POS®**

5 g pommade ophtalmique avec vitamine A

Sans agents conservateurs

Pour l'instillation dans le sac conjonctival.

URSAPHARM

**VitA-POS®**

PPC: 79,00  
79,00DHS

**VitA-POS®**

PPC: 79,00  
79,00DHS



6 118001 160082  
 COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
 COLLYRE EN SOLUTION  
 FLACON DE 5 ML

PPV 164.20 DH

EXP 06 2021

LOT 5029887 2



6 118001 160082  
 COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
 COLLYRE EN SOLUTION  
 FLACON DE 5 ML

PPV 164.20 DH

EXP 06 2021

LOT 5029887 2

جاري التدوير  
 رقم التسلسلي : 59500 ٢٠٢١ ٠٦ ١٦٤.٢٠ د.ج

سواح  
 عن  
 إقرأ  
 تحف  
 تقل  
 لا  
 فتح

LOT 5029887 2

EXP 06 2021

PPV 164.20 DH

COSOPT 20 mg/ml + 5 mg/ml  
 COLLYRE EN SOLUTION  
 FLACON DE 5 ML



6 118001 160082



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

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



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amir -



6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

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

