

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0020360

134395

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI Abdelouhab

Date de naissance : 19-05-58

Adresse : 14 LOT DANBARONA Gm. Sidi NAAROUF

CASA 20270

Tél. : 0673081985

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Loubna KHAYAR
OPHTALMOLOGISTE
235, Bd Yacoub El Mansour, Rés
Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca
05 22 25 12 89

Date de consultation : 24 OCT 2022

Nom et prénom du malade : CHEDDADI ABDELLOUHAAB

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée

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 : CAS

Le : 24/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
21 SEP 2022		300		Dr. Louana KHAYAR OPHTALMOLOGISTE 235, Bd Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 95 12 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA COLLINE Sur parking CARREPOUR, Sidi Maarouf (Ancien Makro) Casablanca - Tél.: 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53 whatsapp : 06 02 28 38 18 RC : 266958 - Ppt : 36193100 - IF : 50751792 - CNBS : 6063490 ICE : 000483820000046 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr	21/09/22	294,00

INPE : 092037209

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
		AM	PC	IM	IV	
GRANDE VISION 26, Ghandi Mall-Bd. Ghandi Maarif Extension - Casablanca Tél/Fax : 022.23.08.69	24/9/22					6000DH

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

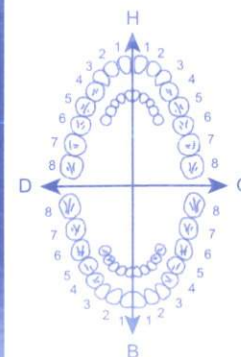
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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

CASABLANCA LE 27/3/22.

Client : M^r Cheddadi
Abdelcawab

FACTURE N° 186/22.

Désignation	Quantité	Prix Unitaire TVAC	Montant TVAC
Monture optique	1.	1000	1000
Vene progressif	1.	2500	2500
Anti reflet			
OD + 2,50 (-0,50) 85°			
Vene progressif	1	2500	2500
Anti reflet			
OG + 1,50 (-1,00) 70°			
ADD + 2,50			
TOTAL TVAC			6000,00 DH
DONT TVA (20%)			1000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme
de six Mille dhs.

GRANDE VISION
26, Ghandi Mall-Bd. Ghandi
Maarif Extension, Casablanca
Tél/Fax : 022 23 08 69

GRANDE VISION

26, Ghandi Mall, Bd. Ghandi, Maarif Extension, Casablanca

R.C : 377810 - Patente : 35810286 - I.F : 86506916 - INPE 095003505 - ICE 001777820000086

235. شارع يعقوب المنصور إقامه
asablanca - Tél.: 05 22 95 12 89