

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- 0006432

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres


Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 299 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MOTASSIM BRAHIM
Date de naissance : 01.07.1941
Adresse : ABDALOUS EL RUA 62 23 case
Tél. : 06 63 07 26 73 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 13/02/2023
Nom et prénom du malade : MOTASSIM BRAHIM Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cataracte
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 : Casablanca Le : 13/02/2023
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
13/02/2023		2	250 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/02/2023	1082,55	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

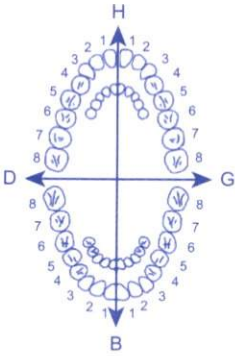
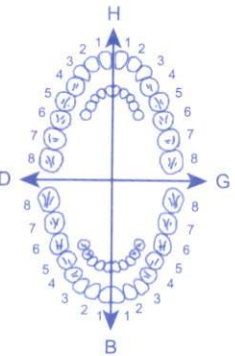
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr><td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. TANTAOUI ELARAKI Asmaa

spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Ophthalmologiste

Chirurgie de la cataracte - Glaucome

Strabisme - Laser - Angiographie

Lentilles de contact



الدكتورة الطنطوي العراقي أسماء

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق (طنسيون)

الحول - الليزر - تخطيط أوعية الشبكية

العدسات اللاصقة

Casablanca, le :

13.02.2023

MOTASSIM BRAHIM

PHARMACIE OSCAR
Dr. LAMOUNI Khadija
Hay Andalouss 3 Rue 7 N° 121 - Casablanca
Tél 0522 52 04 46 - ICE 000499944000032



INPE092046392

178,90 x 3

1) pour presbytie de loin

3 mois

317,00

2) Suwal duo 1 cap midi

134,80

3) Nootropil 1 cap x 2 fois

4) SUR AVIS DE MEDECIN x 3 mois

94,00 X parlin HA

الرقم 203 شارع المنظر العام وشارع 2 مارس إقامة المنظر العام 2 الطابق الأول شقة رقم 18 - الدار البيضاء
203, Bd. Panoramique (angle av. 2 Mars) Résidence Panoramique II, 1^{er} étage - 18 - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 21 17 00 - e-mail : ophta.panoramique@gmail.com

T: 1082150

OPHTALMED
PPC
317.00 DHS

3 401545 947527

OPHTALMED
PPC
94.00 DHS

LOT 221477
EXP 05 2026
PPV 134.80

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

6 118001 072583
Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc