

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 065302

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2865 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TOUIJAR ABDELHAK

Date de naissance : 15.06.1952

Adresse : 320 LOT ELMOUTAWAKIL DAR BOUAZZA

Tél. : 0664803422 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/09/2023

Nom et prénom du malade : TOUIJAR ABDELHAK Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cataracte opéré

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) :

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
15.09.23	Cs + Kip		600,	
18.09.23	C PA		300,	
18.09.23	K20 Biomehrit		600,	

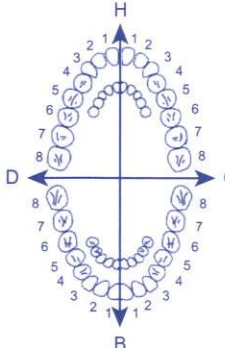
[illegible][illegible][illegible]

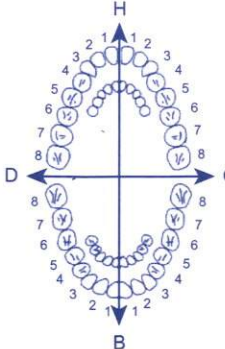
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> D 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: right;"> G 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> <p>H</p> <p>B</p>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le : 18.09.2023

BON DE REGLEMENT

Concernant Mr TOUIJAR ABDELHAK

K20/BIOMETRIE

Consultation pré anesthésique

Date de Consultation

Médecin Traitant

Total

;400.00Dhs

;300.00Dhs

;18/09/2023

; **Dr JAMAL ZAIM**

; 700.00dhs.

Dr. Med. Adil EL KASRI
Anesthésiste Réanimateur
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091054704

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (S.G.) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091140000

Urgence 24/24



Casablanca le : 18.09.2023

COMPTE RENDU BIOMETRIE

Concernant MR TOUIJAR ABDELHAK

Vous trouvez ci-joint le compte rendu de la biométrie :

Lens(mm) : 3.94
ACD(mm) 3.06
AXL(mm) 22.89

Ce présent est délivré à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de droit.

Dr. J. ZAIM
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél : 0522 25 71 71 (LG) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 191140186

Urgence 24/24