

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 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.

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.



Déclaration de Maladie
M22- 0024361

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **5059**

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BELLAZ. ABDELLAH. ABBAS**

Date de naissance : **1956**

Adresse : **APT 1A BOURNE.**

Tél. : **0671809577**

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age: Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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.

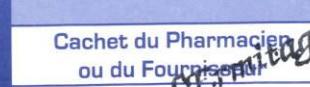
Fait à : **CASA**

Le : /

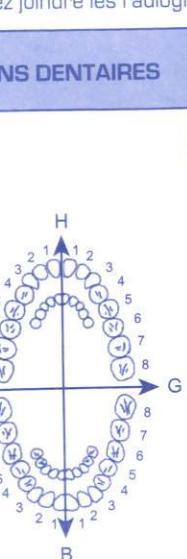
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 48, Avenue l'Ermitage - Casa 122.86.19.2 - F-022.86.01.75 INPE 1384	10.10.13	1435.50

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX			
	ODF PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS			
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS		
			DATE DU DEVIS		
			DATE DE L'EXECUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

Docteur CHELLY Chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la la Cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمصرسليا
جراحة العيون - العين اليسرى - العين اليمينية
القناة الدمعية - إزالة النظارات - القرنيت المخروطية
جمع فحوصات العين

le 20/10/2013

Monsieur BELLAJ Abderrahim

110,90 X 7 = 774,90

Pharmacie l'Ermitage

- XOLAMOL COLLYRE

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux pendant 3 mois

~~98,80 x 3 = 294,40~~

Phone: 022.86.19.22 Fax: 022.86.01.75

- XALATAN COLLYRE

1 goutte, le soir au coucher, dans les deux yeux, pendant 3 mois

~~97,00 x 4 = 388,00~~

- ALPHAGAN COLLYRE

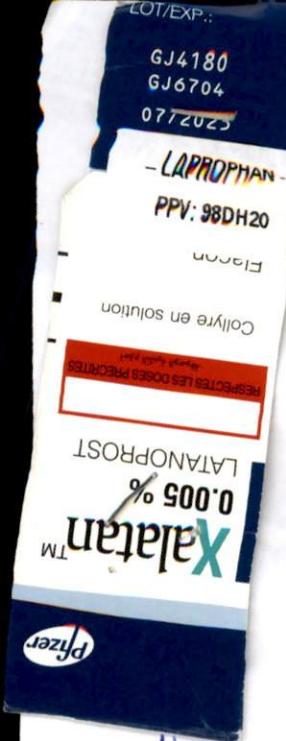
1 goutte, le matin et soir, pendant 3 mois

A RV 1 MOIS

1.435,50

Docteur Chafik Chelli
06 10.00.12
82 Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84
Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

نهاية شهرزاد 2
الطباق الثاني هي - التخليل الدار البيضاء
05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70
06 52.10.00.12 : 06 61.33.04.44



11
X 3 Ged



11
X 4 Ged

11
X 7 Ged

PHARMACIE L'ERMITAGE

Le : 20/10/2023

48, AVENUE L'ERMITAGE CASABLANCA

05 22 86 19 24, IF:42105620

RC: 210696

Patente : 36366490, ICE:001634422000077

IF : 42105620

CNSS : 2064757

Facture N° 50 110**Client : BELLAJ ABDERRAHIM**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CL	XOLAMOL COLLYRE	7	110.70	774.90
CL	XALATAN	3	98.20	294.60
CL	ALPHAGAN	4	91.50	366.00
3	Total	14		1 435.50

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

1 435.50

MILLE QUATRE CENT TRENTÉ-CINQ DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES

Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage
Tel: 022.86.19.24. Fax: 022.86.01.75

valable 3 mois

5059

Le 29.10.2023

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au **médecin conseil de la MUPRAS** sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BELLA F ABDERRAHIM**

Présente

Maladie chronique à angle ouvert

Nécessitant un traitement d'une durée de : *cosopt collyre*
+ XLATAN collyre à vie
+ Alphagan collyre

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

3

