

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.

Diagnostique 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

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- 0026522

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0836 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : JAMALESSINE D
Date de naissance : 01.01.1943
Adresse : 49- RUE MY ISHIN EL AZHAR - BERRERHED
Tél. 06.41.44.46.65 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur A. BRITEL
OPHTALMOLOGISTE
49, Rue Tata - Casablanca
Tél : 022.27.09.10 / 022.22.04.8

Date de consultation : 20 / 11 / 2019
Nom et prénom du malade : Age : 25
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection oculaire
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 : 20 / 11 / 2019
Signature de l'adhérent(e) : Jamalessine D



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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

20.11.19 de P.H.C

300,00

DH

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

20.11.19

348,90

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

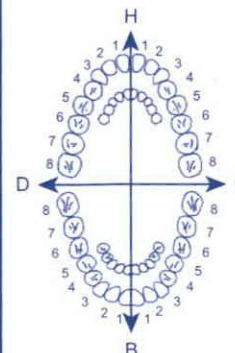
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

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 00000000

D

00000000 35533411

B

G

21433552 00000000

00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]

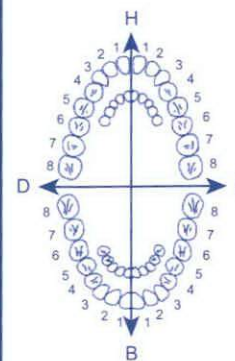
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

LOT 5016240 1
EXP 02 2021
PPV 164.20 DH

Dr. A. BRITEL

des Spécialités d'Ophtalmologie
ulté de Médecine de Nancy

LOT : 350400
PER : 03 2021

PRIMALAN
SIRAP FL 20 ML

P.P.V : 31DH90



6 118000 011347



DEXAFREE 1 mg/ml

Collyre 0.4 ml - PPV : 77,10 DH

Distribué par COOPER PHARM - 41, rue Mohamed Elmaghrabi
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARM - 41, rue Mohamed Elmaghrabi
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Universitaire
tive et Cataracte
agne Occidentale

ogie des Yeux
ographie

ncaré) - Casablanca
22 04 82 / 05 22 27 09 18

z - Vous

nca, le 20 11 19, dar البيضاء في

Ameladeur Mhous

الدكتور عبد الرحمن بريتيل

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية
لأمراض وجراحة العيون

حاصل على الشهادة الجامعية لجراحة
الجلالة وقصر البصر

عضو الأكاديمية الأمريكية لأمراض العيون
أشعة الليزر

49, زنقة طاطا (بوانكري سابقا) - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82 / 05 22 27 95 03

بالميعاد

77.10
1/

deafre

1038 / 71 00

75.70

2/

Zalerg

1038 / 71 00

764.20

3/

Coly

1038 / 71 00 2 m

37.90

4/

Primalan

348.90

1 Colly 5 ml



Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22 bd Mohammed V BORDJ
Téléphone : 022.83.38.06

DOCTEUR A. BRITEL
OPHTALMOLOGISTE
19, rue T...
05 22 27 09 18 / 05 22 22 04 82