

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-414158

NID : 31 683

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7571 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Bakasse ELHASSAN

Date de naissance : 13.07.56

Adresse : cité 6e police n° 4 Polo roseblanca

Tél. : 06 59 158711 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/07/2020

Nom et prénom du malade : Bakasse El Hassan

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Vieillesse, gériatrie

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 : 06/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/07/2013 | | 2000 | | INP: 09 11 45 46 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | INP : <input type="text"/> | |
|----------------------------|---|------------------|-------------|---|--|
| | | | | 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Docteur Moussaoui Karima
Spécialiste des Maladies & Chirurgie des Yeux

(Cataracte Phacoemulsification)
Chirurgie des Vois Lacrymales
Lentilles de Contact-Strabisme
Angiographie - Laser



الدكتورة موساوي كريمة
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
جلالة بالليزر - جراحة مسالك الدموع
الليزر- العدسات اللاصقة
رأديو الشبكة - طب الحول

Casablanca, le 04/07/2020 في الدار البيضاء،

BARKAT. El Hana
Lentille
(+ 275; 180)
Lentille
(+ 250; 80)
Lentille
+ 3 (0000)
Tobrex
10j

Dr. MOUSSAOUI Karima
Spécialiste des Maladies
Chirurgie des Yeux
237 Bd. Abou Chouaib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV, Rue 15
Casablanca - Tél. : 05.22.82.68.12

سيدي معروف الرابع، الزنقة 15 الرقم 237 - شارع أبو شعيب الدكالي - الطابق الأول
237 Bd. Abou Chouaib Doukkali - 1^{er} Etage Sidi Maârouf IV, Rue 15
Casablanca - Tél. : 05.22.82.68.12 : الهاتف
IF : 45304040 - ICE : 0018449000013

Lunette ANNAJAH

نظارات النجام

ROKENEDDINE Redouane El Idrissi
Bd. Moudiboukeita, Bloc G
N° 27 - Casablanca
Rég. Com N° : 352640
Patente N° : 36612796
I. F : 4 5 5 2 5 2 5 0
ICE : 000885051000058
GSM : 06.64.27.21.94

ركن الدين رضوان الإدريسي
شارع موديبو كيتا، بلوك ج
رقم 27 - الدار البيضاء
السجل التجاري : 352640
بتاننا رقم : 36612796
الضريبة : 45525250 : ICE
000885051000058 : ICE
المحول : 06.64.27.21.94

N° 0004243

Casablanca, le 04.07.2020

M BAKAR EL HASSAN

Doit

Docteur MOUSSA KHARRINA

Nomenclature N° 501

VL OD : cyl sph (180 - 1.75) D

OG : cyl sph (80 - 1.50) + 1.00

VP OD : cyl sph 0.00 + 3.00

OG : cyl sph 0.00 + 3.00

Verres : Progressive Asphérique Anti-reflex L'Opticien

Montures : Clip T.2.00 1000.00

Facture arrêtée à la somme de :

Cinq Mille Deux Cent

Rokeneddine Redouane
Opticien ANNAJAH
Bd. Moudiboukeita Bloc "C" N°27
CASABLANCA

OG