

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.

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° W19-449400

MD: 35272

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	0201	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BADRANE fatima			
Date de naissance : 1/1/47			
Adresse : 1 DEM			
Tél. :	1 DEM	Total des frais engagés :	887 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	 Dr. Lamya Bourhaleb Ophtalmologiste 421 Bd Abdelmoumen 3ème Etage Casablanca - Tel: 0522.86.54.29		
Date de consultation :	13/02/2020	Age:	22
Nom et prénom du malade :	BADRANE fatima		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Allergie & Syndrome See		
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 : 0201
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/02/2020

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
13/07/2016	Co + PO + PO		40000000	INP : 0016 BOSTA Dr. BOSTA - Tél. 0322.36.54.21

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARE DR. EDDOBIA Hicham 52 Bis, Route de l'Oasis Tata-Zemmour (82) 99.51	13-7-2020	487.90

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

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

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 canalaires, 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. PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G								
		25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553								
		D	B								
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophtalmologue

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophthalmologie
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيعة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعضاء

کور ماری بیبر

6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUD

Barcode
6 118001 102495

ZALERG 0,25 mg/ml
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAoudi

Casablanca, le : 13 octobre 20

Γ^{one} BADRANE fathā

~~25.2) x^3 statt. Zaterdag 11-3~~

134.40
21. Neovis D⁶ x 25
Steripharma
PPC:134.40 dh

37 Physician's Office
for Dr. J. B. Langley

63° u) Zystec

63, 2D

63.2 en Résidence Ryad Abdelmoumen

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb_lamyae@menara.ma

Dr. Lamyae BOURHIDI
Ophthalmologiste
42 Avenue Aïcha - Tel: 0522.86.54.29
E-mail: lamyae_bourhidi@yahoo.fr

Dr. Lanya BOURHALEB
Optimélogiste
Anesthésiste - Tel. 022-
اقامة - ٢٧٣٦٥٨٩٦ - ٢٧٣٦٥٨٩٧