

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

- Reclamation : 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° W19-518528

Commun NSN

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8871 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHERKAoui Amina
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661 215748 Total des frais engagés : 11505,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/07/2020
 Nom et prénom du malade : BOUJELHAM SAAD Age :
 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 : 24/07/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-518528

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8871
 Nom de l'adhérent(e) : Cherkaoui (Saad)
 Total des frais engagés : Cs 300 Ph 205
 Date de dépôt : Opt. 11000 07/08/2020

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
24/07/2020		5	300.00	INF : 35715794 Dr Mouna BENHABOUB (Signature)

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>AVUE D'OEIL</p> <p>Opticienne Optométriste</p> <p>0, Boulevard Br. Lizarane</p> <p>C : 27920 - F : 821382</p> <p>Patente 33718561</p>	24/07/2020	11000,00
	24/07/20	205,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
C - 30			

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

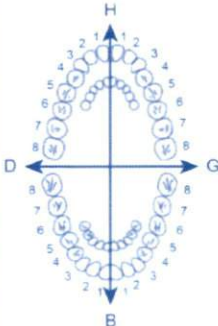
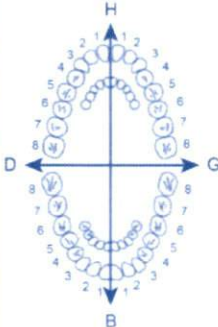
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Bidisciplinaire

Ophtalmologie / Gynécologie - Obstétrique



Professeur Mouna BENHADDOU

الدكتورة منى بنحدو

Ex- Professeur A. à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologiste

إختصاصية في جراحة و أمراض العيون

Maladie et chirurgie des yeux-Ophtalmologie Pédiatrique
Strabisme-lentille de contact-Rétine

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le :

24 juillet 2020

Mr. BOUSSELHAM Saad

Professeur Nouredine MATAR

الدكتور مطار نور الدين

Professeur et Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd.
Diplômé de l'Université René Descartes (Paris-France)
et de l'Université Illinois (Chicago - USA).

Gynécologue - Obstétricien

إختصاصي في أمراض النساء و الولادة

Chirurgie et Cancérologie Gynécologique et Mammaire
Chirurgie et Traitement de la stérilité

Consultation sur rendez-vous

الدار البيضاء في :



37.90
1) FUCITHALMIC GEL

Titulaire de l'AMM au Maroc: POLYMEDIC
Quartier Assalane-Rue Amyot Inville
BP 10877 CASABLANCA-MAROC
Fucithalmic® 1% gel ophtalmique
Tube de 3 g
AMM N°184
DMP/21/NRQ
PPV : 37 DH 20 6 118001 200818

1 goutte 2 fois / jour, dans l'œil droit, pendant 15 jours

2080
2) FRAKIDEX POMMADE

FRAKIDEX
Pom. Ophta. 5 g
ZENITH PHARMA
PPV: 20,80 DH
ADSP n° 02 DMP/21/NCI

1 app le soir, dans l'œil droit, pendant 15 jours

3) COMPRESSES CHAUDES

steriles le soir, dans l'œil droit

4) BLEPHAGEL

147.00

Dr Mouna BENHADDOU
Ophtalmologiste
16, Bis, Angle Boulevard Moulay Youssef
et Hassan 1^{er} - Résidence Sorour - 1^{er} étage (Près du consulat USA)
Tél : 05 22 88 08 08

Blephagel

147.00 DH

Cabinet Bidisciplinaire

Ophtalmologie / Gynécologie - Obstétrique



Professeur Mouna BENHADDOU

الدكتورة منى بنحدو

Ex- Professeur A. à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtalmologiste

إختصاصية في جراحة و أمراض العيون

Maladie et chirurgie des yeux-Ophtalmologie Pédiatrique
Strabisme-lentille de contact-Rétine

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le :

24 juillet 2020

الدار البيضاء في :

Mr. BOUSSELHAM Saad

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets

VL : OD = + 0.50 (- 1.50 à 85°)

OG = + 0.50 (- 0.50 à 100°)

VP : ODG = Add : + 2.25

A VUE D'OEIL
Opticienne Optométriste
280, Boulevard Bir Anzarane
RC : 219200 - IF : 821382
Patente : 3571836

Dr Mouna BENHADDOU
Ophtalmologiste
16. Bis Angle Bd My Youssef
et Hassan 1er Résidence Sorour
Tél : 05 22 88 08 08

**A VUE D'ŒIL**

280 Bir Anzarane
20100 Casablanca
Tél.05 22 99 12 82
Fax05 22 99 17 11

le **24.07.20**Facture n° **20 0055****BOUSSELHAM Saad**

BH06

Ordonnance BENHADDOU Mouna 24.07.20

Multifocaux

MUPRAS

Monture N° TIPS: A1**3 000,00**

Verres PROGRESSIFS NIKON BALANCE MOVING 65/70mm
ANTI-REFLETS SEEEOAT PLUS precal

OD..... N° TIPS: 431**4 000,00****OG.....** N° TIPS: 431**4 000,00**

A VUE D'ŒIL
Opticienne Optométriste
280, Boulevard Bir Anzarane
RC : 275109 IF : 821382
Patente 35718561

ICE 001539529000030

Id. Fiscal 40717789

CNSS 6354724

Taxe Prof. 35710564

BJ074

DBS

DBS

total

11 000,00

dont T.V.A. 1 833,33

total T.T.C.

11 000,00